

Vinícius de Araújo Oliveira

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
DISCUSSÕES SOBRE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2007

Vinícius de Araújo Oliveira

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
DISCUSSÕES SOBRE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientadora: Soraya Almeida Belisário

Belo Horizonte
2007

Oliveira, Vinícius de Araújo.
O48m Medicina de família e comunidade [manuscrito]: discussões sobre uma especialidade médica. / Vinícius de Araújo Oliveira. - - Belo Horizonte: 2007.
116f.: il.
Orientadora: Soraya Almeida Belisário.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Política de Saúde. 3. Educação Médica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.
NLM: WB 110

OK



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

128

ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA OITAVA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **VINÍCIUS DE ARAÚJO OLIVEIRA**, nº de registro 2005223004. Às quatorze horas do dia **dezenove de março de dois mil e sete** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DISCUSSÕES SOBRE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/Orientadora
Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Prof. Francisco Eduardo de Campos
Profa. Elza Machado de Melo

Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: UFMG

Indicação: Aprovado
Indicação: Aprovado
Indicação: _____
Indicação: Aprovado

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado.
O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de março de 2007.

Profa. Soraya Almeida Belisário /orientadora Soraya Almeida Belisário

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Francisco Eduardo de Campos Francisco Eduardo de Campos

Profa. Elza Machado de Melo Elza Machado de Melo

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/ Coordenador Mark Drew Crosland Guimarães

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e o selo do Coordenador.
PROF. MARK DREW CROSLAND GUIMARÃES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina/UFMG

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitor

Prof. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Subcoordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Elisabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Lorenza Nogueira Campos

Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar é preciso agradecer aos que iniciaram esta trajetória: pai, minha primeira “referência bibliográfica” para quase tudo, e mãe, minha primeira orientadora, sempre insistente no rigor, na clareza e coerência, princípios fundamentais para qualquer empreendimento científico. Aos meus irmãos, meus primeiros colegas de classe.

À Carol, minha companheira, que, ao longo desses dois anos, sempre teimou em me lembrar que existem outras coisas importantes a cuidar na vida – que não pára durante o mestrado.

Agradeço a minha orientadora, Soraya Almeida Belisário, por toda sua paciência e preocupação durante o processo. Ela me apresentou um oceano chamado sociologia das profissões, no qual nadei tanto, que quase não acho a praia de novo. Com relação a esse tema, agradeço também a Sábado Girardi, que me mostrou algumas correntezas em direção à praia na reta final.

A Francisco Campos, meu primeiro professor de Políticas de Saúde, por todas as oportunidades e confiança depositada. Ao meu amigo e veterano, Raphael Aguiar, sempre companheiro nessa vida de jovem sanitarista.

Agradeço também à Veneza Berenice por, há anos, chamar-me a atenção para a existência da medicina de família organizada alhures. À Anna Claudia Azevedo, minha “preceptora” no Centro de Saúde Lajedo, que me mostrou que existe medicina de família organizada aqui também.

Aos meus colegas do Nescon, ambiente intenso de debates, produção e militância, aos quais devo um aprendizado imensurável. Entre eles, destaco meus colegas da sala 9040: Ivan Coelho, Juliana Álvares, Paulo Fleury, Francisco Cardoso e Fernando Tonelli.

À equipe do Ministério da Saúde com a qual tive contato nesses dois últimos anos, principalmente na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e no Departamento de Atenção Básica.

Aos colegas da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em especial: Leonardo Savassi, Flávio Coelho, Ruth Dias, Marcelo Freitas Dias, Hércules de Pinho, João Werner Falk, Maria Inez Padula Anderson e Gustavo Gusso.

DEDICATÓRIA

A todos os médicos que, cotidianamente, lutam por uma atenção à saúde mais acessível, contínua, abrangente e coordenada.

RESUMO

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DISCUSSÕES SOBRE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA. Vinícius de Araújo Oliveira, Soraya Almeida Belisário (orientadora)

O histórico e a situação atual da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica no Brasil são analisados neste trabalho através do referencial teórico da sociologia das profissões. Realizou-se uma revisão sobre a medicina de família e denominações congêneres na literatura internacional, e foram levantados os antecedentes dessa especialidade. Para a análise da situação atual, foi utilizado um esquema para o processo de profissionalização de especialidades médicas, análogo ao proposto por Wilensky para profissões em geral. No esquema utilizado foram descritos para a especialidade, em perspectiva histórica: o mercado de trabalho, os programas de residência médica, a sociedade de especialistas, a regulamentação e suas normas éticas próprias.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES	14
2.2	O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO	21
2.3	A PROFISSÃO MÉDICA	23
2.4	O SURGIMENTO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	26
3	OBJETIVOS	33
4	METODOLOGIA	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	AS MÚLTIPLAS DENOMINAÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	40
5.1.1	Medicina Geral	41
5.1.2	Medicina Integral	44
5.1.3	Medicina Comunitária	45
5.1.4	Medicina de Família	47
5.1.5	Sobreposições e confusões	49
5.1.6	Médicos de Atenção Primária?	52
5.1.7	A busca por uma definição e uma nomenclatura	58
5.2	A TRAJETÓRIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	62
5.3	O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	71
5.3.1	Tornar-se uma ocupação em tempo integral	71
5.3.2	A criação de uma escola profissional	74
5.3.3	Criação de associações profissionais locais e nacionais	81
5.3.4	Conseguir reconhecimento do Estado	91
5.3.5	Estabelecimento formal de um código de ética	93
6	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	99
	ANEXOS	106
	ANEXO 1 – DOCUMENTOS ANALISADOS	106
	ANEXO 2 – RESOLUÇÃO CNRM 07/1981	107
	ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CNRM 02/2005	110
	ANEXO 4 - EXTRATOS DAS RESOLUÇÕES CNE 04/2001 E CNRM 02/2005	114

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da constituição da Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica no Brasil. A escolha desse tema foi marcada pela experiência do pesquisador como médico generalista, trabalhando em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) em um bairro da periferia de Belo Horizonte e, posteriormente, por sua participação na Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade.

A medicina de família tomou impulso no Brasil devido à expansão de mercado de trabalho para médicos dispostos a trabalhar em unidades básicas de saúde como generalistas. Essa expansão vem ocorrendo há cerca de dez anos em decorrência do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia do Governo Federal para organização da atenção básica à saúde.

Ao longo da última década, diversas iniciativas para formação de médicos que atuem no PSF vêm sendo implementadas e, mais recentemente, o Ministério da Saúde criou mecanismos específicos para financiar programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Diversos autores apontam que a organização do primeiro nível dos sistemas de saúde, aqui denominada Atenção Primária, é de fundamental importância para o bom funcionamento do sistema de saúde como um todo (STARFIELD, 2002; OMS EUROPA, 2004). Em decorrência disso, a discussão sobre os mecanismos para formação e certificação dos médicos que atuarão nesse nível toma importância. É nesse cenário que a discussão de uma especialidade voltada para a formação de médicos de família se insere.

É comum que estudantes de medicina e recém-graduados sejam questionados sobre qual carreira pretendem seguir na medicina. Essa opção por uma carreira, de modo geral, traduz-se na escolha por uma determinada especialidade médica e, conseqüentemente, na prestação de concurso para programas de residência médica nessa especialidade.

Com as oportunidades de trabalho propiciadas pela expansão, nos últimos anos, do Programa de Saúde da Família (PSF), é comum ver médicos recém-formados trabalhando em Unidades

Básicas de Saúde (UBS) como generalistas, ou seja, atendendo a todas as pessoas que procuram a unidade, independentemente do motivo da consulta ou da idade do paciente. Porém, também é comum que muitos desses médicos vejam esse trabalho como transitório e sigam planejando fazer uma residência.

Aqueles que optam por seguir trabalhando no PSF podem encontrar dificuldades em explicar sua opção de carreira, já que a “regra” é fazer uma residência e obter uma especialidade médica. Um suposto médico recém-formado, que tenha decidido trabalhar no PSF, quando perguntado por amigos ou familiares sobre a especialidade por que optou seguir, pode ter dificuldade em explicar-se. Afinal, a especialidade correspondente é a Medicina de Família e Comunidade, uma especialidade pouco conhecida, que tem denominações em diferentes países e mesmo no Brasil, até cinco anos atrás, chamava-se Medicina Geral e Comunitária, um nome que não remete diretamente à Saúde da Família.

Neste trabalho aborda-se a constituição da Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica no Brasil. O trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura e da análise dos documentos oficiais de diversas entidades relacionadas à Medicina de Família e Comunidade.

Como referencial teórico, optou-se por utilizar os conceitos desenvolvidos pela sociologia das profissões, destacando-se dois deles: profissão e processo de profissionalização. A partir desses conceitos é possível contextualizar a emergência dessa especialidade como parte do processo de profissionalização da própria medicina. No tópico 2 – Referencial Teórico – é apresentado esse referencial e explicitada sua aplicação para análise da profissão médica. Assim, foi possível escolher temas referenciais para analisar a especialidade: seu mercado de trabalho, sua formação específica, sua associação profissional, sua regulamentação e sua etiqueta profissional.

Os tópicos 3 e 4 apresentam, respectivamente, os objetivos e a metodologia utilizados nesta pesquisa e, nos tópicos seguintes, são apresentados os resultados. No tópico 5.1 – Múltiplas Denominações da Medicina de Família – abordam-se os antecedentes, que deram origem às múltiplas denominações hoje existentes para se referir à medicina de família, e buscou-se identificar, no cenário internacional, influências importantes para os conceitos que são utilizados para referência e delimitação dessa especialidade médica nos dias de hoje.

Essas influências têm origens bastante distintas, como propostas de reformas na educação médica, programas de expansão de cobertura de cuidados básicos em saúde e experiências de organização hierárquica de sistemas nacionais de saúde em diversos países.

No tópico 5.2 é reconstruída a trajetória da especialidade no Brasil, desde as primeiras experiências de medicina comunitária no Brasil até a situação atual. Para isso, foi feita a análise de como se constituiu o atual mercado de trabalho para médicos generalistas, como evoluíram as propostas para formação pós-graduada específica para médicos de família, através de residências médicas, e a história da sociedade de médicos especialistas da área.

O conceito de processo de profissionalização é utilizado para desenhar a situação atual da Medicina de Família e Comunidade no Brasil como uma especialidade médica no tópico 5.3. Descreve-se como a especialidade está regulamentada no Brasil, e o conteúdo dessa regulação é analisado de modo a buscar identificar as influências dos movimentos nacionais e internacionais que a precederam. Por fim, são levantados alguns dados em relação à situação recente da especialidade no Brasil: números de vagas em programas de residências, dados das provas para obtenção de título de especialista e possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Através da análise desses dados fecha-se a discussão e apontam-se algumas considerações finais, na tentativa de desenhar um retrato da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, nos dias atuais.

A ideia inicial deste projeto surgiu ao longo do processo de organização do VII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), realizado em Belo Horizonte, nos dias 25 a 28 de maio de 2005, do qual o autor deste trabalho participou como coordenador científico. Os organizadores tinham a intenção de sair do encontro com uma definição clara do que seria a especialidade: seu perfil, seus saberes, seu campo de atuação e as interações dela com outras profissões e outras especialidades. Não imaginávamos o vulto do desafio que se propunha, muito maior do que o possível em um congresso de quatro dias. Espera-se que este trabalho, mesmo sem pretender resolver todas essas questões, contribua para clarear o caminho à frente ao realizar um resgate conceitual e histórico da especialidade e analisar seu processo de profissionalização no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Utiliza-se como referencial teórico os conceitos de profissão e processo de profissionalização, desenvolvidos pela sociologia das profissões. Diversos autores se dedicaram a estudar como se constituem as profissões, as relações dos profissionais com a sociedade em geral e sua inserção no mercado de trabalho. Entre os autores que estudaram as profissões, destacamos os trabalhos de Friedson, Moore, Larson, Wilensky e Marinho. Em relação à profissão médica, destacamos os trabalhos de Starr, para os Estados Unidos da América, e Machado, para o Brasil.

De uma maneira geral, as profissões são casos particulares entre as ocupações. Pode-se chamar de ocupação qualquer atividade que se realiza no mercado de trabalho. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002), "ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas".

Algumas abordagens relevantes para definir profissão devem ser destacadas. Para Wilensky (1970), a distinção entre profissionais e outras ocupações seria feita por duas características básicas:

- a tarefa do profissional é técnica, isto é, toda profissão baseia-se em um corpo de conhecimento sistemático ou doutrina adquirida somente através de um treinamento;
- o profissional é orientado por um conjunto de normas profissionais (WILENSKY, 1970).

Uma definição mais extensa e sistematizada é dada por Moore, citado por Marinho (1986). Para esse autor, o conjunto de dimensões que caracterizaria uma profissão é mais amplo, como se pode ver na lista abaixo. Haveria atributos estruturais (itens a, c, d) e atitudinais (b, e, f).

- a) É uma ocupação de tempo integral, ou seja, todo profissional vive de seu trabalho;
- b) caracteriza-se pela presença de profissionais que se destacam pela vocação, ou seja, aceitam as normas e modelos e se identificam com seus pares;
- c) possui organização, isto é, os profissionais se organizam a partir da mútua identificação de interesses ocupacionais distintivos, visando, sobretudo, ao controle sobre o acesso, à seleção, proteção e regulação dos participantes, em geral, e adotam um código de ética, que formaliza as normas de conduta dos profissionais;
- d) possui um corpo de conhecimento formal, aprendido através de uma iniciação teórica. Nas sociedades modernas, esta é feita, via de regra, nas universidades;
- e) possui orientação para o serviço, isto é, destina-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade;
- f) possui autonomia que, se comparada com a das profissões existentes na Idade Média, é exacerbada nas profissões modernas, em função de sua grande especialização (MOORE *apud* MARINHO, 1986).

Blankenship, citado por Marinho (1986), apresenta um quadro que sintetiza a revisão dos conceitos utilizados por nove autores, para definir o termo profissão. No total, onze características são citadas:

Qualidades atitudinais	Qualidades estruturais
Colegas como maior referência	Ocupação de tempo integral e conhecimento especializado
Serviço público como valor	Escolas próprias para treinamento
Princípio autorregulador	Associações profissionais
Vocação	Licença e certificado de reconhecimento da comunidade
Autonomia	Código de ética
Recompensa por serviço	

Quadro 1 - Conceitos utilizados na conceituação de profissão, segundo Blankenship.

(Fonte: Marinho, 1986, Profissionalização e Credenciamento: a política das profissões)

Starr (1991), estudando os médicos norte-americanos, define profissão como uma ocupação autorregulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à coletividade, norteadas por princípios ético-profissionais, definidos por ela mesma.

Ao longo do século passado, diversas ocupações reivindicaram o *status* de profissão e lutaram por monopólio do exercício de suas atividades, com graus variados de sucesso (JONHSON, 1996; WILENSKY, 1968).

O conceito de profissão está intimamente relacionado às profissões liberais. Os exemplos aceitos como mais emblemáticos de profissionais liberais são os médicos e advogados. Porém, grande parte do estudo sobre profissões se ocupa também do clero e dos militares, considerados exemplos de carreiras profissionais no período medieval (JONHSON, 1996).

Um profissional liberal típico é “um trabalhador individual que provê o serviço, possui conhecimento de uma disciplina singular tipicamente utilizada, cuja remuneração é realizada basicamente por prestação de serviços; é visto como altruísta e abnegado; tem somente os colegas como avaliadores de seu trabalho e detém um relacionamento privado com a clientela” (BLAKENSHIP apud MARINHO, 1986).

Nas últimas décadas, houve uma progressiva perda das características liberais típicas mesmo nas profissões emblemáticas. Isso ocorreu devido ao aumento da complexidade nos serviços prestados e a capitalização no setor, através da atuação progressiva de grandes firmas. No caso da medicina, esse processo ocorreu a partir das décadas de 1940 e 1950 nos EUA (STARR, 1991) e nas décadas de 1950 a 1970 no Brasil (DONNANGELO, 1977; MACHADO, 1997).

A perda de características liberais se manifesta nos fenômenos de proletarização, racionalização e desprofissionalização (MACHADO, 1996). De modo extremamente sintético, correndo-se o risco de imprecisão, a proletarização se refere ao assalariamento; à racionalização, à inserção do profissional em estruturas burocráticas e à desprofissionalização, à fragilização da autoridade profissional. Esses fenômenos ocorrem em diferentes graus para cada especialidade; porém, no caso Medicina de Família e Comunidade, todos eles estão presentes de modo significativo.

Como pudemos ver, há maneiras de se definir profissão. Todas elas têm elementos em comum, havendo diversas inter-relações e sobreposições entre os conceitos. Entretanto, de acordo com Bosi, citado por Lampert (2002), dois deles são inquestionáveis: a existência do corpo esotérico de conhecimento e a orientação para o ideal de serviço.

A constituição de um corpo esotérico de conhecimento é fundamental porque o monopólio que a profissão exerce sobre fatia estratégica do mercado tem de ser justificado a partir da necessidade de conhecimento técnico específico (WILENSKY, 1970). Em outras palavras, a corporação deve ser capaz de argumentar que a sociedade não toleraria os riscos da atuação leiga no setor.

A solidez da base cognitiva permite aos profissionais sustentarem certa autoridade em relação

aos assuntos de sua área. Essa autoridade profissional não é uma decorrência apenas do currículo e cultura de cada um de seus membros, mas do período de treinamento exclusivo que se exige dos profissionais e dos mecanismos corporativos de produção e reprodução do saber técnico que forma a base cognitiva (MACHADO, 1996).

Para Friedson (2001), não é possível haver teoria sobre profissões desconectada de uma teoria sobre a aplicação do conhecimento. De acordo com esse autor, haveria as seguintes categorias de conhecimento que podem ser aplicadas à realização de tarefas em um determinado trabalho: cotidianas, práticas, formais e tácitas.

Os conhecimentos cotidianos seriam aqueles que são considerados uma espécie de linha de base ocupacional em uma determinada sociedade. São utilizados para realização de tarefas cotidianas e espera-se que qualquer pessoa, independentemente de sua ocupação, possa saber. Alguns exemplos são: trocar uma lâmpada, um pneu de carro, passar roupa, etc.

Conhecimentos práticos e tácitos são relacionados a determinado trabalho. São utilizados especificamente para realização de tarefas no trabalho. A diferença entre o prático e o tácito é que o primeiro pode ser descrito, decomposto, organizado e transmitido. O segundo seria adquirido de modo transparente com a prática em determinada atividade, porém não verbalizável. Por vezes, envolvem conhecimento cinesiológico somente adquirido na prática, e vão do melhor ritmo de movimento dos braços ao se operar uma máquina industrial à avaliação visual e tátil do comprometimento de linfonodos durante uma cirurgia oncológica.

Por fim, o conhecimento formal tem papel central na consolidação da autoridade profissional. É através do conhecimento formal que se estabelece a barreira de acesso ao mercado profissional. De acordo com Larson (1977), o conhecimento deve ser “formalizado ou codificado o suficiente para permitir a padronização” e, ao mesmo tempo, “não deve ser codificado de modo claro o suficiente que não permita o princípio da exclusão (ou discricionariedade) operar” (LARSON, 1977 *apud* FREIDSON, 2001). Em outras palavras: o conhecimento deve servir como base para que o profissional tome decisões técnicas em relação ao seu trabalho, sem interferência dos leigos. Para que possa ser difundido e gerar identidade entre os profissionais, deve poder ser padronizado, mas não pode ser tão simples de modo que os leigos possam compreendê-lo em sua totalidade sem o treinamento profissional. Como aponta Wilensky (1970), uma atividade que possa ser dividida em uma

sequência sistematizada de tarefas não serve como base para reivindicações de *status* profissional.

De acordo com Freidson (2001), a combinação de conhecimento formal e tácito nas profissões consolidadas é utilizada para tomar decisões com caráter discricionário. Em outras palavras, exercer autoridade em seu campo de atuação.

Essa autoridade, de acordo com Starr (1991), pode ser dividida em dois componentes: autoridade cultural e autoridade social. A autoridade cultural é definida por esse autor como aquela que “se refere à probabilidade de que certas definições particulares da realidade e juízos de significado e de valor prevaleçam como válidos e verdadeiros” (tradução nossa). Esse mesmo autor utiliza o termo autoridade social para fazer referência ao conceito clássico de autoridade de Weber, entendido como a probabilidade de que uma determinada ordem emitida a terceiro seja cumprida.

Em relação às profissões, a distinção de autoridade cultural e social é útil por cumprir função analítica. A análise em separado da autoridade cultural é útil para entendermos como determinado saber profissional se torna referencial numa sociedade, possibilitando a consolidação da profissão. De certo modo, a autoridade cultural é uma medida do grau em que a base cognitiva da profissão é aceita como válida pela sociedade em geral.

Essa autoridade serve como base para justificar a autonomia técnica na tomada de decisões sobre assuntos de caráter estratégico. A profissão médica no século XX teve como retaguarda um sólido corpo de conhecimento técnico científico, que foi mobilizado constantemente nas suas disputas e conquistas de monopólio ocupacional.

No caso da Medicina de Família, seu campo de conhecimento é extenso e possui amplas fronteiras com diversas outras ocupações, sejam outras profissões da área da saúde ou mesmo outras especialidades médicas. Assim, torna-se difícil a delimitação de um corpo esotérico de conhecimento próprio da especialidade. Essa característica da especialidade pode ter impacto negativo em sua reivindicação de autoridade e autonomia profissional.

A autonomia profissional é tanto técnica quanto social. A autonomia técnica se refere à liberdade do profissional de determinar os meios através dos quais ele irá realizar seu trabalho

e está intimamente ligada à autoridade cultural. A autonomia social é consequência do valor de mercado do serviço prestado, ou seja, o profissional deve ser capaz de prover seu sustento financeiro a partir do exercício de atividade profissional (MACHADO, 2005). De acordo com Wilensky (1977), é etapa necessária de um projeto profissional vitorioso a ocupação estabelecer-se como atividade remunerada em tempo integral. A conquista da autonomia social demonstra tanto a relevância social da atividade quanto a capacidade de a profissão se estabelecer em posição privilegiada no mercado de trabalho.

Desse modo, a consolidação de um mercado de trabalho em que os profissionais tenham vantagem competitiva fortalece a profissão, e esse raciocínio é válido também para especialidades dentro de uma mesma profissão.

Freidson (2001), a partir do trabalho de Halliday, aponta que as profissões estão ligadas a esferas institucionais em que sua autoridade profissional é reconhecida como legítima. Nessas instituições, chamadas de **esferas institucionais primárias**, é que se exerce a autonomia profissional plena. Para os engenheiros, essas instituições são as que compõem o sistema industrial; para os padres, as igrejas e, para os médicos, os hospitais. O autor estabelece a distinção entre essas esferas em que a autoridade cultural dos profissionais é central, e outras chamadas por ele de **esferas institucionais secundárias**. Nestas, os profissionais podem atuar, mas não necessariamente de maneira central e, portanto, com menor capacidade de exercer sua autoridade. Cita como possíveis exemplos: um padre em um centro comunitário, um médico em uma planta industrial e um engenheiro em uma agência de planejamento.

Esse conceito é importante para o presente trabalho porque uma característica da medicina de família e comunidade é ser predominantemente ambulatorial. Fora do ambiente hospitalar, a autoridade profissional do médico pode encontrar maiores resistências, estando mais sujeita a interferências tanto da opinião leiga quanto da gerência em suas atividades.

O sucesso na reivindicação do *status* profissional depende do grau em que os praticantes aderem a um conjunto de normas técnicas e morais no exercício da profissão. Entre estas se insere o conceito de ideal de serviço, uma “devoção aos interesses do cliente, acima do seu próprio interesse pessoal e comercial, quando ambos estiverem em conflito” (WILENSKY, 1970. Tradução nossa). Esse mesmo autor destaca dois motivos para acreditar que o ideal de serviço não é somente cinismo, propagandeado pelas associações profissionais:

A crença de que as profissões oferecem melhores oportunidades de trabalho é bastante difundida, e uma de suas manifestações é o excesso de candidatos às vagas para as profissões estabelecidas. A situação do cliente é bastante vulnerável: ele tanto está com problemas como não consegue resolvê-los sozinho. Se ele não acreditasse no “ideal de serviço”, ele se comportaria como se estivesse com um negociante de automóveis: demandando resultados específicos e com garantias. Ele não faria confidências pessoais ou revelaria fatos embaraçosos. (WILENSKY, 1970. Tradução nossa).

O ideal de serviço manifesta-se frequentemente no conteúdo dos códigos de ética profissional e nos discursos das entidades corporativas. Ele é de importância estratégica, pois permite à corporação defender seu monopólio ocupacional, justificando-o pela devoção a um bem maior para a sociedade. A preservação da vida, a justiça e a salvação são assuntos caros a todos nós e vêm servindo como sustentação para reivindicações de *status* profissional (FREIDSON, 2001).

Também é fundamental a existência de uma base legal, que regulamente a profissão e impeça a intromissão de leigos no mercado de trabalho profissional. A interferência do Estado é fundamental, pois é essa regulamentação que garante às profissões a exclusividade do direito de aplicar determinado conhecimento (MARINHO, 1986). O papel das associações profissionais nesse processo é crucial, pois não há uma história natural do profissionalismo, e sim um processo dinâmico de lutas pela garantia dos privilégios profissionais (STARR, 1986; WILENSKY, 1970).

Outra característica importante das profissões é a constituição de uma identidade profissional. A identidade profissional é um conceito amplo e está relacionada, em parte, a hábitos e vocabulário adquiridos pelos profissionais durante o treinamento profissional pelos pares. Essa identificação com a profissão geralmente dura por toda a vida e, comumente, se expressa através da incorporação pelo profissional desse conjunto de hábitos, que inclui um conjunto de jargões e um vestuário típico da profissão (MACHADO, 2005).

Parte dessa identidade é expressa oficialmente através dos códigos de ética profissional. Essa etiqueta profissional é uma ferramenta importante para a corporação, pois permite aos pares se reconhecerem, estabelecerem uma língua comum – ininteligível para os não profissionais – e normas para fiscalizar e julgar o comportamento dos colegas, quando necessário. Permite, também, distinguir e desqualificar a intromissão leiga no setor.

Assim, organizados em associações, unidos por uma identidade profissional e disciplinados por códigos de ética, os profissionais conseguem um grau de organização que lhes permite defender seus privilégios ocupacionais. A essa organização em torno dos interesses profissionais é dado o nome de corporação. Suas reivindicações fundamentam-se pela sua autoridade cultural em assuntos estratégicos e se materializam em leis que garantem o seu monopólio ocupacional.

2.2 O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Definidos alguns dos principais conceitos de profissão, é necessário compreender como esses conceitos se articulam em uma perspectiva histórica. Para esse fim, assume-se como referência o trabalho de Wilensky (1970), que propõe haver um processo de profissionalização típico. Esse processo foi descrito a partir da análise dos processos históricos de dezoito profissões nos Estados Unidos. De certo modo, o trabalho de Wilensky retoma as definições anteriores de profissão, colocando-as em uma perspectiva histórica e relacionando-as em uma sequência provável de eventos correlacionados. Esse processo seria composto por cinco etapas, descritas a seguir.

1. Tornar-se uma ocupação de tempo integral. Esse passo está associado à autonomia social: o profissional tem de tirar seu sustento da profissão e todo ato profissional é passível de remuneração. Isso somente é possível em razão da “necessidade social” da ocupação.
2. A criação de uma escola profissional. Os profissionais passam a se diferenciar dos demais pela educação formal proporcionada por essa escola. Os primeiros professores dessas escolas são líderes de movimentos em defesa das prerrogativas profissionais e/ou pioneiros na utilização ocupacional de um corpo de conhecimento específico. Essas escolas ou surgem vinculadas a universidades ou se associam a elas rapidamente.
3. Criação de associações profissionais locais e nacionais. Esse passo é importante para definição e construção da identidade profissional, e para a diferenciação em relação às ocupações semelhantes previamente existentes. É comum a mudança de nome da profissão numa tentativa de distinguir a ocupação da profissão.
4. Conseguir reconhecimento do Estado, preferencialmente através de lei que estabeleça licenciamento e certificação. Esse passo é fundamental para proteger o “território profissional” e garantir o monopólio de competência.
5. Estabelecimento formal de um código de ética. Assim, procura-se, ao menos no discurso

oficial, remover os desqualificados e inescrupulosos, acordar regras para reduzir a competição interna e propagandear o ideal de serviço (Adaptado de WILENSKY, 1970 e MARINHO, 1986).

As tentativas de definir o que seria uma profissão através de características ou atributos já foi revista criticamente por diversos autores, particularmente por Starr (1991) e Larson (1977). Essa crítica também se aplica às tentativas de descrever um processo de profissionalização típico.

Apesar das diferenças entre as abordagens desses autores, há em comum o foco na dinâmica do uso de um corpo de conhecimento específico para sustentar suas reivindicações de monopólio ocupacional. A abordagem de Paul Starr (1991) para a trajetória da profissão médica nos Estados Unidos tem como cerne o uso da autoridade cultural do conhecimento científico para defesa a expansão de mecanismos de controle sobre o mercado de trabalho. Larson (1977) trata de maneira abrangente os mecanismos de produção e socialização do conhecimento na corporação, ressaltando também seu uso para manutenção do monopólio ocupacional. Em uma abordagem detalhada do mercado de trabalho profissional, essa autora propõe que se analise: a natureza do serviço que é oferecido, o tipo de mercado, o tipo de clientela, a base cognitiva, a formação profissional, as relações de poder e a afinidade com a ideologia dominante (LARSON, 1977; PONTE, 1999).

Não desconhecendo essas abordagens contextuais mais amplas do processo de profissionalização, a abordagem de Wilensky tem grande utilidade para a presente pesquisa. Serve como referência para identificar etapas importantes na formalização da área de atuação médica como uma especialidade. A identificação dessas etapas é fundamental para a seleção dos documentos a serem pesquisados, conforme será visto ao tratar-se da metodologia empregada.

Passamos agora a abordar como os conceitos de profissão e processo de profissionalização se aplicam à profissão médica, descrevendo sumariamente sua trajetória e contextualizando o surgimento das especialidades médicas nesse referencial teórico.

2.3 A PROFISSÃO MÉDICA

A medicina atingiu um grau bastante elevado de autonomia profissional e autorregulação; monopolizou considerável parte do mercado de trabalho em saúde, além de se estabelecer como autoridade social e cultural (MACHADO, 1996). Seu processo de consolidação no Brasil ao mesmo tempo se assemelha e se espelha no processo norte-americano descrito por Starr (1991). De acordo com esse autor, há para a medicina um processo dinâmico, que tem início na luta pela obtenção de autoridade cultural, em que os médicos se valem do embate teórico e da crença na possibilidade de cura como instrumentos de legitimação.

A medicina, no século XIX, não gozava do *status* social que tem hoje. Em primeiro lugar, em geral, não havia aglomeração de pessoas suficiente para permitir a constituição de um mercado sólido de serviços de saúde. Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, a medicina era uma profissão de andarilhos, que atendiam as pessoas em seus domicílios, viajando de cidade em cidade (MACHADO, 1997; STARR, 1991). Em segundo lugar, a medicina não tinha uma base científica sólida, o que fazia com que os profissionais licenciados não tivessem como demonstrar a superioridade de seus tratamentos em relação aos demais praticantes.

No início do Século XX, esse cenário mudou. A concentração de pessoas em grandes cidades permitiu aos médicos passarem a atender em consultórios e, posteriormente, em hospitais (STARR, 1991). O desenvolvimento e a aplicação em massa das vacinas, dos antibióticos e da analgesia tornaram possível o desenvolvimento de terapias eficazes para diversas doenças (STARR, 1991; AGUIAR, R, 2003). O ativismo das associações médicas na padronização do ensino médico, após a publicação do Relatório Flexner, permitiu estabelecer uma linha divisória clara entre o tratamento oferecido pelos médicos e pelos demais praticantes (STARR, 1991). Assim, começou a se consolidar a autoridade cultural dos médicos.

À medida que os médicos conquistavam autoridade cultural, seus pareceres foram sendo incorporados ao funcionamento das empresas privadas e da máquina Estatal, consolidando-se como instrumentos de autoridade profissional. A necessidade de prescrição médica para a obtenção de determinados medicamentos, a obrigatoriedade do atestado de óbito para sepultamentos e de atestados médicos para se abster do trabalho por motivo de doença são exemplos de mecanismos que legitimam a autoridade social dos médicos (STARR, 1991).

A combinação de autoridade cultural e social permitiu aos médicos obter o controle de seu próprio mercado de serviços e das organizações que regiam a prática, o financiamento e as políticas médicas. Esse controle termina por se consolidar em poderio econômico, que também passa a ser utilizado pela corporação para manter uma estrutura de produção, reprodução e da base cognitiva da profissão. A corporação, estrategicamente, mantém seu domínio nos locais onde a base cognitiva é constantemente realimentada: laboratórios, hospitais e universidades, utilizando-se de suas prerrogativas profissionais para barrar a entrada de leigos no processo. A constante defesa do monopólio sobre essa base cognitiva permitiu a manutenção da autoridade profissional. (FRIEDSON, 2001; STARR, 1991).

O hospital surge nesse contexto como a instituição nuclear da prática médica, cuja autoridade é reconhecida como legítima e exercida irrestritamente. Assim, em meados do século passado, a profissão médica viveu uma espécie de era do ouro nos Estados Unidos (FREIDSON, 2001). Constituíam-se de uma prática liberal, em que os clientes escolhiam livremente com qual médico consultar, e esses, por sua vez, determinavam livremente quais eram os procedimentos a se tomar em cada caso, e quanto cobrariam de honorários.

Havia sustentação legal, confirmada pela Suprema Corte Americana, para que os médicos monopolizassem o trabalho discricionário no setor saúde, tornando-se porta de entrada obrigatória para o consumo de serviços e produtos, fossem procedimentos simples, medicamentos, exames ou cirurgias (FREIDSON, 2001).

Essas condições permitiram a profissão médica se constituir como a classe profissional de maior autonomia, prestígio e rendimentos nos Estados Unidos, subordinando todas as demais ocupações no setor saúde. De acordo com Freidson (2001), alguns – como optometristas, quiropráticos e dentistas – ficaram confinados em práticas limitadas ou marginais. Outros – como enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de laboratórios – foram firmemente subordinados, impedidos de trabalhar sem autorização dos médicos.

Essa situação só mudou substancialmente a partir do final da década de 1960, devido a uma série de fatores, entre eles: a intermediação do mercado pelos seguros de saúde, a pressão de movimentos de consumidores e o enfraquecimento da corporação médica.

A corporação médica perdeu privilégios estatais devido a pressões de várias frentes: da indústria farmacêutica, interessada em anunciar seus produtos diretamente ao consumidor final; dos seguros de saúde, que precisavam instituir maiores controles burocráticos para tentar frear o crescimento de gastos no setor; e da burocracia estatal, particularmente setores envolvidos no seguro nacional de saúde para idosos – o Medicare. Em um contexto de fortalecimento de ideologias conservadoras e neoliberais, até a suprema corte reviu seus posicionamentos. A prática médica perdeu parte de sua autonomia, passando a ser intensamente regulamentada e a ser comercialmente intermediada por grandes empresas de seguro.

Donnangelo (1977) descreve para o Brasil uma trajetória análoga em vários aspectos, havendo um declínio da prática liberal pura e o surgimento de formas de trabalho intermediadas por planos de saúde e do assalariamento, também a partir da década de 1960. Contribuíram para isso a unificação progressiva dos sistemas de assistência à saúde, financiados por políticas previdenciárias, culminando na constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e o surgimento dos planos de saúde da década de 1960. Essas instituições, que concentraram grande parte dos recursos do financiamento da saúde, mudaram o mercado de trabalho médico. Passaram a predominar entre os médicos dois regimes de trabalho diferentes da autonomia liberal típica: o assalariamento e a autonomia atípica. Através do assalariamento, os médicos passavam a ser empregados de firmas ou do Estado, estando sujeitos a controles burocráticos e à perda de autonomia no estabelecimento de seu horário de trabalho e nos preços praticados, por exemplo. Na autonomia atípica, o médico se torna um prestador de serviços intermediado através dos planos de saúde, também perdendo algumas de suas características liberais (DONNANGELO, 1977).

2.4 O SURGIMENTO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

As especialidades médicas são definidas oficialmente como um “núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade” (CFM, 2002)

A subdivisão do trabalho médico em especialidades pode ser explicada como uma consequência do avanço da racionalidade científica. O crescente nível de agregação tecnológica, tanto na investigação quanto na terapêutica médica, passou a exigir treinamento específico para a realização de procedimentos. A constante renovação do conhecimento científico requer um grande esforço dos profissionais para que se mantenham atualizados. Nesse contexto, uma explicação corrente para o surgimento das especialidades médica é que o conhecimento médico e a tecnologia agregada cresceram de tal monta que seria impossível que uma só pessoa pudesse dominá-los sozinho (AGUIAR, 2003; DONNANGELO, 1975).

No Brasil, esse processo foi descrito por Donnangelo (1977) como associado à constituição do complexo hospitalar brasileiro, possível graças à capitalização propiciada pela evolução dos sistemas previdenciários no Brasil. A especialização surge, então, como consequência desse avanço e como produto da divisão social do trabalho. O hospital se consolida como um locus preferencial para o trabalho do médico, onde as tarefas estão divididas de modo complementar: funções clínicas, cirúrgicas e de apoio terapêutico ou diagnóstico. (DONNANGELO, 1977). O trabalho em grupo torna-se necessário, uma vez que nenhum profissional realiza sozinho todas as atividades necessárias.

A divisão da profissão em especialidades pode ser vista como parte integrante do processo de profissionalização. De certa maneira, as especialidades acabam por se conformar em uma profissão dentro da profissão, pois utilizam os mesmos expedientes: constituem uma escola profissional própria, com processo de seleção dos interessados, através dos Programas de Residência Médica (PRM) e provas de títulos de especialista. Também constituem uma segunda associação profissional, a Sociedade de Especialista. Assim, seus integrantes lutam para constituir uma base cognitiva e identidade profissional própria, que os diferenciem do restante da categoria médica. Com base nisso, articulam-se para conquistar autonomia profissional e terem regulamentação própria. Lutam para delimitar um espaço privilegiado de trabalho, preferencialmente com reserva ocupacional em relação às demais profissões e

ocupações do mesmo setor e até em relação aos outros médicos. Nessa lógica, clínicos não fazem cirurgias e cirurgiões não dão laudos radiológicos ou anatomopatológicos.

A medicina continuou subdividindo-se em especialidades, por diversos critérios: por sistemas orgânicos, por faixas etárias, por sexo ou por procedimentos diagnósticos ou terapêuticos específicos. Machado (1997), analisando os dados da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), identificou 64 especialidades médicas. Mais áreas de especialização poderiam ser identificadas, mas optou-se por trabalhar apenas com as reconhecidas pelo CFM à época. Nesse mesmo trabalho, a autora propõe a classificação das especialidades médicas em quatro categorias:

- **Cognitivas:** de contato direto com o cliente, com grande valorização do raciocínio clínico e da relação subjetiva. Exemplos: pediatras, internistas, cardiologistas, geriatras, homeopatas, etc.
- **Técnico-cirúrgicas e de habilidades:** também têm contato direto, mas a relação é mais esporádica, ocorrendo quando há necessidade de alguma intervenção em que o conhecimento e o treinamento de caráter técnico e específico são marcantes. É a categoria dos cirurgiões, de maneira geral.
- **Intermediárias:** situando-se entre as duas anteriores, comumente conformam clínicas autônomas para resolução de problemas mais específicos, utilizando-se tanto de expediente clínico quanto cirúrgico. Exemplos: oftalmologia, terapia intensiva, dermatologia, acupuntura, urologia.
- **Tecnológicas e burocráticas:** diferenciam-se das anteriores pelo contato pouco frequente com clientes diretamente; têm rotinas mais padronizadas e burocráticas. Exemplos: sanitaristas, patologistas, radiologistas.

A Medicina Geral e Comunitária – antecessora da Medicina de Família e Comunidade – é classificada nesse trabalho como uma especialidade cognitiva. Como veremos posteriormente, porém, foram e são atribuídas à medicina de família atividades técnico-cirúrgicas e burocráticas.

O CFM, em sua Resolução 1.763 de 2005, reconhece 53 especialidades médicas. A redução

no número de especialidades reconhecidas não aponta uma regressão do processo de divisão do trabalho na medicina. O número menor apenas representa uma reclassificação, realizada a partir de 2002, em que algumas áreas de atuação que eram anteriormente reconhecidas como especialidades passaram a ser tratadas como áreas de concentração da especialidade da qual derivam. Nessa classificação, a especialidade em estudo já aparece sob a nova denominação: Medicina de Família e Comunidade.

Para que se possa entender a divisão atual das especialidades médicas no Brasil, é necessário descrever a regulamentação vigente para o exercício da medicina no país. As profissões são regulamentadas por leis federais ordinárias, específicas para cada profissão. Essas leis estabelecem o campo de atuação da profissão e delegam a autarquias os Conselhos Federais de cada profissão, o registro dos profissionais, a determinação do código de ética profissional e a fiscalização do exercício. Para os médicos, a autarquia é o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os respectivos Conselhos Regionais de cada estado (Brasil, 1957).

A regulamentação das especialidades médicas no Brasil é realizada, em vários aspectos, pela própria corporação médica, praticamente sem interferência de outros setores do poder público. Para que se entenda esse cenário, devem ser abordadas as três instituições diretamente envolvidas nessa regulação: o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

É peculiar o fato de que, no Brasil, a regulamentação das profissões se faz por autarquias e não diretamente pelo Estado. Essa autorregulamentação das profissões é sempre potencial ponto de conflito político-jurídico entre a corporação e o poder executivo (MACHADO, 2005). Isso torna, em algumas situações, difícil a interpretação das resoluções desses conselhos, devido ao seu duplo caráter de manifestação política da corporação e regulamentação legal de atos referentes à mesma.

Há, no Brasil, duas maneiras de se tornar especialista que são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina: a residência médica e a prova de título de especialista (CFM, 2002). A residência médica constitui-se em um formato específico de formação pós-graduada *lato sensu*, que existe no Brasil desde 1944. A residência médica foi regulamentada nacionalmente pelo Decreto n. 80.281, de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Sua regulamentação vigente é dada pela Lei 6.932, de 7 de julho de 1981, que, em

seu artigo primeiro, define a residência médica como:

modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981).

A CNRM é o órgão da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC), responsável pela regulação das residências médicas no país. Ela responde pela regulamentação dos Programas de Residência Médica: determina os pré-requisitos para o credenciamento dos programas em geral e por especialidade, avalia pedidos de credenciamento e denúncias de irregularidades nos Programas (BRASIL, 1977).

A AMB é uma associação política e científica de médicos que tem grande importância por congrega as Associações Médicas de cada estado e as sociedades de especialistas, órgãos científicos-políticos de cada especialidade médica.

A competência de regular as especialidades médicas compete, portanto, à CNRM, ao disciplinar os PRM, e ao CFM, como órgão regulador e fiscalizador do exercício da medicina. Recentemente, esse poder político-regulatório do CFM tem sido dividido oficialmente com as sociedades de especialistas, através da AMB. A primeira resolução do CFM que transfere poderes à AMB é a 1.286/89, que estabelece que o CFM passe a reconhecer títulos de especialistas emitidos pela AMB. Posteriormente, na Resolução 1.288/89, são incluídos, para fins de registro junto ao CRM, os certificados de conclusão de residências médicas credenciadas pela CNRM e algumas sociedades de especialistas diretamente conveniadas: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Sociedade Brasileira de Angiologia e Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular.

Em 2002 foi firmado um convênio entre a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelecendo a Comissão Mista de Especialidades Médicas (CME). De acordo com a Resolução 1.634/2002 do CFM, é objetivo da CME definir “os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Essa resolução lista as especialidades reconhecidas e também explicita justificativas da importância em melhor regulamentar as especialidades médicas: a importância da organização das mesmas na dinâmica do mercado de trabalho, a crescente valorização do título de especialista e o início do Mercosul. Assim, como abordamos anteriormente, o número de especialidades reconhecidas pelo CFM diminuiu e várias delas foram reclassificadas como áreas de atuação de uma dada especialidade. Estabelece também critérios para que determinada atividade médica passe a ser considerada especialidade médica:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas que propiciem aumento da resolatividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Também estabelece argumentos que não são aceitos como válidos para que determinada atividade seja considerada uma especialidade:

- Número de médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e/ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculada ao conhecimento da legislação específica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Essa resolução reconhecia 50 especialidades médicas, tendo sido incluída a Cirurgia de Mão em 2005, atingindo um total de 51 especialidades. Na resolução de 2002 havia um total de 88 áreas de concentração. A Medicina de Família e Comunidade é listada e reconhecida pela primeira vez com esse nome, como especialidade médica reconhecida, no mesmo ano de 2002. De acordo com essa resolução, essa especialidade não teria áreas de concentração. Havia sido reconhecida anteriormente pela CNRM com a denominação de Medicina Geral e Comunitária, em 1981, e pelo CFM em 1986, porém não foi reconhecida pela AMB até 2003.

O convênio da Comissão Mista de Especialidades (CME) também estabelece que os CRMs poderão cadastrar, como especialistas, os médicos que apresentarem o Certificado de Conclusão de Residência Médica, emitido pela CNRM/MEC, ou o título de especialista emitido pela AMB. Esse registro junto ao CRM dá ao médico o direito ao “Certificado de Qualificação de Especialista”, emitido pelo Conselho.

Assim, as especialidades médicas se consolidaram como parte fundamental do processo de profissionalização da medicina, subdividindo o trabalho médico em tarefas realizadas por diferentes profissionais e delimitando nichos específicos de atuação para cada especialidade.

Contudo, a divisão do trabalho médico em diversas especialidades não ocorre sem “efeitos colaterais”. De acordo com Donnangelo (1977), há ao menos duas possibilidades de vícios no processo de especialização da atividade médica: seu ritmo e seu conteúdo. O ritmo da especialização pode ser acelerado em demasia, resultando em investimento desnecessário para a formação de um número de especialistas superior ao necessário para atender a população de modo racional. Elias (2000) caricatura essa situação imaginando um neurocirurgião, que precisa de cinco anos de residência médica para se formar, atendendo em uma unidade básica de saúde. Para esse autor, o tempo necessário para formar um médico para atuar em atenção básica seria muito menor, e essa caricatura demonstraria desperdício de recursos. Em alguns países, o tempo adicional de formação estabelecido para os generalistas também é grande: a Comunidade Européia exige entre três e quatro anos de residência médica para formar um médico de família. Mesmo assim, o argumento não perde valor, pois os conteúdos de ambos os programas são muito distintos.

O conteúdo também pode ser inadequado, e Donnangelo (1977) aponta que um motivo frequente para inadequação do conteúdo do conhecimento de determinada especialidade no país pode ser a incorporação acrítica de conteúdos desenvolvidos pela especialidade em outros países em que a realidade epidemiológica e de disponibilidade de recursos e de tecnologia é diferente da nacional.

De acordo com Bevilacqua & Sampaio (2002) há um vício adicional na especialização médica do Brasil: sua distribuição. Segundo o autor, já na década de 1950, havia preocupação quanto à falta de médicos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, principalmente em áreas rurais. A concentração dos hospitais e dos programas de residência médica nos grandes

centros foi apontada como uma das principais causas dessa má distribuição.

Essas duas vertentes de questionamento da divisão excessiva do trabalho médico atravessaram todo o século passado: a primeira em relação à falta de integração das especialidades, em que o paciente nunca era considerado como um todo orgânico, psíquico e social; a segunda relacionada à falta de assistência médica para os pobres e em regiões rurais (BEVILACQUA & SAMPAIO, 2002).

É nesse cenário das especialidades médicas, um mercado altamente especializado e intensamente autorregulado, ao mesmo tempo cercado de questionamentos em relação ao equilíbrio entre seu *status* profissional e sua função social, que se insere o tema do presente trabalho: a especialidade Medicina de Família e Comunidade.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Discutir a constituição da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade médica no Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as diversas denominações e conceitos adotados para se referir à Medicina de Família e Comunidade.

Descrever a evolução histórica da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Analisar o processo de profissionalização da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica no Brasil através do esquema proposto por Wilensky.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Trata-se de um estudo sobre o processo de profissionalização da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Objeto definido para pesquisa, a especialidade Medicina de Família e Comunidade é abordada através de análise documental. Nos últimos anos, a produção científica que se utiliza de pesquisa documental tem-se favorecido do grande volume de material que se tornou disponível nas últimas décadas graças ao avanço das tecnologias da informação e da comunicação (BAUER, 2004).

Os documentos não são escolhidos aleatoriamente, e sim em acordo com os objetivos da pesquisa. Para definir o que entendemos como documento, utilizamo-nos da conceituação adotada por BELLOTTO:

segundo as conceituações clássicas e genéricas, o documento é qualquer elemento gráfico, iconográfico, plástico ou fônico pelo qual o homem se expressa. É o livro, o artigo de revista ou jornal, a estampa, a tela, a escultura, a fotografia, o filme, o disco, a fita magnética, o objeto utilitário, etc.. Enfim, tudo o que seja produzido por razões funcionais, jurídicas, científicas, culturais ou artísticas pela atividade humana. Torna-se evidente, assim, a enorme abrangência do que possa ser documento (BELLOTTO, 1991 *apud* BELISÁRIO, 2002).

A pesquisa documental pode ser entendida como um tipo específico de pesquisa bibliográfica, considerada por alguns o primeiro passo de qualquer pesquisa. No seu sentido mais amplo, a pesquisa bibliográfica é aquela que obtém dados através de documentação indireta. Ou seja, os dados não são coletados diretamente em campo ou laboratório, e sim de fontes secundárias: os documentos (PRAZERES, 2005; LAKATOS, 1986).

A pesquisa documental utiliza como material de análise os documentos de primeira mão. Entende-se por documento de primeira mão aquele que não sofreu tratamento analítico, que se diferencia do de segunda mão, representado principalmente pelos livros e artigos científicos.

A pesquisa documental divide-se nas seguintes fases: exploratória, fase de seleção de documentos e fase de análise. De acordo com Minayo (1993), na fase exploratória, delimita-se o objeto, explora-se o campo, definem-se os objetivos e o marco teórico-conceitual. A

partir do marco teórico, os documentos são identificados, localizados e obtidos. Na terceira fase, realiza-se a análise final, confrontando-se o modelo teórico aos dados empíricos obtidos.

Para a pesquisa exploratória foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema. Inicialmente realizou-se uma busca pelas definições internacionais utilizadas para se referir à especialidade. A escolha dos termos para pesquisa balizou-se por dois artigos de revisão sobre a Medicina de Família e Comunidade no Brasil (GUSSO, 2004; FALK, 2005). Os termos utilizados foram os seguintes: “general practice”, “family medicine”, “family physician”, “family doctor”. Em português, a pesquisa utilizou-se das seguintes expressões: “medicina geral e comunitária”, “medicina de família e comunidade”, “medicina de família”, “medicina integral” e “clínica geral” – esta última incluída por se tratar da denominação lusitana para medicina de família. Foram consultados os seguintes mecanismos de busca na Internet: Google – www.google.com; Google acadêmico – scholar.google.com; Pubmed – www.nih.gov; além dos Descritores para Ciências da Saúde, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME - <http://decs.bvs.br>.

Para analisar as denominações e os conceitos utilizados para se referir à Medicina de Família e Comunidade, foram consultadas três fontes oficiais para definição de nomenclatura na área: a Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho (Brasil, 2002); a Resolução CMF nº 1.763/05 (Conselho Federal de Medicina, 2005), que contém a lista de especialidades reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo CFM, pela AMB e pela CNRM; e os Descritores de Ciências da Saúde, edição 2006 (DeCS). O DeCS consiste em uma lista trilingue (português, espanhol e inglês) de termos utilizados para indexação de artigos científicos, elaborada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações para Ciências da Saúde (Bireme), da Organização Pan-Americana de Saúde, a partir do MeSH - *Medical Subject Headings* - da *United States National Library of Medicine* (BIREME, 2006). Os dados foram cruzados assumindo-se como padrão a nomenclatura da CME. Também foi utilizada como referência uma revisão sobre a terminologia da atenção primária realizada por Gusso (2004).

Para a análise da constituição da especialidade Medicina de Família e Comunidade, foi utilizada análise temática de conteúdo de um conjunto de documentos relacionados a essa especialidade.

De acordo com Minayo, a análise temática é um método de análise de dados qualitativos que consiste na busca por “núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” (MINAYO, 1993, p. 209). A análise temática seria constituída de três etapas: pré-análise, composta pelas tarefas de leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos; exploração do material, em que se definem as categorias temáticas; e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O processo de profissionalização descrito por Wilensky (1970) foi escolhido como marco referencial para seleção e análise dos documentos. Tomando como base a regulamentação anteriormente descrita para as especialidades médicas, pode ser estabelecida uma analogia entre os passos estabelecidos por esse autor para constituição de profissões e os passos que são seguidos pelas especialidades médicas para conquistar autoridade profissional sobre sua área de atuação.

Desse modo, em relação às especialidades, cada uma das etapas por ele descritas tem de ser vencida em dois passos: uma primeira vez para a profissão, no caso a medicina, e uma segunda para a especialidade. Teríamos, portanto, os seguintes passos análogos para avaliação do processo de constituição de uma especialidade médica no Brasil, nos dias atuais. Cada um desses passos constitui-se como uma das categorias temáticas que serão procuradas e analisadas nos documentos.

1 - Tornar-se ocupação de tempo integral

Esse passo está associado à autonomia social: o profissional tem de tirar seu sustento da profissão, e todo ato profissional é passível de remuneração. Isso somente é possível em função da necessidade social da ocupação.

O exercício da medicina é a principal ocupação para a maioria absoluta dos médicos. Na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” (MACHADO, 1997), apenas 0,6% dos médicos declararam ter abandonado a profissão ou estarem desempregados. Porém, de acordo com a mesma pesquisa, é comum que os médicos tenham vários trabalhos diferentes, incluindo consultório próprio ou em grupo e empregos no setor público e privado.

Importa, para o estudo da Medicina de Família e Comunidade, saber se há vagas no mercado de trabalho para médicos interessados em trabalhar em áreas relacionadas à especialidade. É preciso analisar se há postos de trabalho que são restritos aos especialistas ou algum outro mecanismo formal que privilegie a especialização na área.

Os principais documentos relacionados a essa categoria são provenientes do Ministério da Saúde. Interessam os textos e portarias sobre o Programa de Saúde da Família e sobre formação e gestão de Recursos Humanos para a saúde. Para ilustrar a abrangência do Programa de Saúde da Família no país, foram colhidos dados sobre número de equipes e cobertura populacional de 1994 a 2006, no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

2 - A criação de uma escola profissional

A escola médica já é bem consolidada como pré-requisito para o exercício da medicina. Em relação à formação de médicos especialistas, a Residência Médica é considerada o padrão-ouro em termos de formação pós-graduada.

Informações sobre as residências médicas no Brasil podem ser obtidas através da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Como órgão do Ministério da Educação que disciplina o funcionamento dos programas de residência médica de cada especialidade e realiza o credenciamento dos mesmos, a CNRM disponibiliza informações sobre os programas existentes.

Foram analisadas as resoluções referentes à especialidade ou aos seus antecedentes. Também foram colhidos dados no sítio eletrônico da CNRM acerca do número de programas em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, de modo a caracterizar o vulto desses programas nacionalmente.

3 - Criação de associações profissionais locais e nacionais

As principais entidades profissionais médicas no Brasil, nacionalmente, são os já citados CFM e AMB, acrescidos da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), que é o sindicato nacional dos médicos. As especialidades médicas constituem associações profissionais próprias, as sociedades de especialistas, que desenvolvem atividades de educação continuada como cursos, eventos, seminários e congressos.

Procurou-se traçar o histórico da sociedade de especialistas em Medicina de Família e Comunidade e identificar suas reivindicações de *status* profissional diferenciado, analisando os argumentos utilizados para sustentá-las. Foram utilizados documentos disponibilizados no sítio eletrônico da Sociedade e documentos distribuídos em eventos da área, como panfletos, entrevistas, artigos, relatórios e projetos.

4 - Conseguir reconhecimento do Estado

O reconhecimento do Estado se consubstancia na regulamentação da especialidade pelo próprio CFM, autarquia federal de fiscalização de exercício profissional. Como já vimos, o reconhecimento pelo CFM é caudatário ao reconhecimento pela AMB e/ou pela CNRM, sendo esta última também um modo de reconhecimento pelo Estado, uma vez que a CNRM é órgão vinculado ao Ministério da Educação.

O reconhecimento pelo Estado diretamente também se daria através da exigência da formação específica para o desempenho de determinadas atividades. Um exemplo desse reconhecimento seria a exigência ou valorização de titulação específica em concursos públicos.

Para avaliar essa categoria, foram utilizados documentos dos órgãos financiadores e regulamentadores como Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Também foram levantados alguns editais de concursos públicos, além de resoluções e comunicados do CFM e da AMB, referentes à especialidade.

Nessa categoria, o objetivo é identificar se há privilégios ocupacionais reconhecidos pelo Estado para a especialidade, como exigência de titulação para desempenho de alguma atividade ou pontuação diferenciada nos concursos públicos. O estabelecimento de linhas de

financiamento público para o desenvolvimento da especialidade também constitui uma forma de reconhecimento da especialidade.

5 - Estabelecimento formal de um código de ética

A medicina tem um código de ética próprio, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina e atualizado, pela última vez, em 1986. Não existem códigos de ética específicos para cada especialidade.

Apesar de esse aspecto ser mais típico da profissão entendida como um todo, é possível capturar elementos de etiqueta profissional típicos da especialidade a partir de documentos emanados pela sociedade de especialistas.

Outros critérios para seleção de documentos

Em relação aos documentos de primeira mão, foram analisados, principalmente, os elaborados a partir de 1996, ano em que se estabeleceu o mecanismo de financiamento direto do Ministério da Saúde para os municípios que implantassem Equipes de Saúde da Família. Apesar de haver residências médicas em medicina comunitária desde a década de 1970, e de a sociedade de especialistas ter sido fundada em 1981, há uma menor disponibilidade de documentos de acesso público referentes a esse período.

É importante destacar que todos esses documentos que foram analisados são de conhecimento público, tendo sido divulgados ao público geral e não havendo, portanto, empecilhos de caráter ético em pesquisa na sua utilização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 AS MÚLTIPLAS DENOMINAÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica bastante peculiar em relação a sua nomenclatura. Outras especialidades, como psiquiatria, pediatria ou oftalmologia, têm nomes homólogos nos países ocidentais, enquanto a Medicina de Família e Comunidade possui nomes muito distintos. Em língua inglesa, é chamada *general practice* no Reino Unido, na Austrália e na Nova Zelândia. Já nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, a especialidade chama-se *family medicine* ou *family practice*, e seus praticantes são denominados *family physicians* ou *family practitioners*.

Também em espanhol há diferentes denominações: *medicina familiar y comunitária* na Espanha, e *medicina general integral* em Cuba. Em Portugal, a especialidade é conhecida tanto pelo nome clínica geral como medicina familiar. No Brasil, a profusão de denominações para se referir a essa especialidade ainda é muito grande. Além da denominação oficial, Medicina de Família e Comunidade, todos os seguintes resultados foram encontrados nos mecanismos de busca pesquisados:

- medicina familiar
- medicina de família
- medicina de saúde da família
- medicina de saúde da família e comunidade
- medicina geral e comunitária
- medicina comunitária
- medicina integral, familiar e comunitária
- medicina integral

Ao longo do texto utiliza-se a denominação oficial para se referir à especialidade no Brasil: Medicina de Família e Comunidade. Por uma questão de economia linguística, em alguns trechos, a expressão medicina de família pode ser utilizada, devendo ser entendida como equivalente. As demais nomenclaturas são utilizadas para se referir a outros países ou a momentos históricos específicos.

Para que se possa compreender como essa especialidade desenvolveu tantas denominações, é necessário que analisemos cada uma delas, identificando as origens históricas e conceituais dos termos utilizados: geral, integral, família e comunidade. Apesar de haver sobreposições e confusões entre as origens desses termos, a revisão buscou identificar quando cada um desses termos passou a ser utilizado e em que contextos ele caiu – ou não – em desuso.

5.1.1 MEDICINA GERAL

Há certa confusão acerca da natureza da medicina de família como uma especialidade médica. Essa confusão provém de um aparente paradoxo: a formação de um especialista para uma prática generalista. Trata-se de um paradoxo, pois nenhum especialista existe por si só, e sim em contraposição a um generalista que teve seu trabalho dividido em tarefas realizadas por vários especialistas (Freidson, 2001). Assistiu-se, ao longo do último século, a subdivisão da prática médica em diversas especialidades, por diversos critérios: clínicas ou cirúrgicas, por grupo etário, por sexo, por órgãos e sistemas e por procedimentos específicos. A Medicina de Família e Comunidade destoa em relação a essa tendência, pois se propõe a atuar em todos os ciclos de vida e lidar com problemas de saúde em qualquer órgão ou sistema.

Essa aparente inespecificidade do campo de atuação da especialidade fez com que o termo geral fosse utilizado para se referir a ela. Os termos “clínica geral”, “medicina geral” e “generalista”, utilizados em algumas denominações, são contraditórios para se definir uma especialidade médica, pois se referem à prática generalista.

Starfield (2005) aponta que, em diversas áreas de atividade humana, os profissionais generalistas são valorizados por sua capacidade de integrar e coordenar o trabalho dos especialistas. Os médicos gerais foram valorizados em alguns contextos, o que concorreu para que a denominação fosse preservada. Para que se possa entender por que isso aconteceu em alguns países e em outros não, é necessário analisar a evolução de suas políticas de extensão de cobertura e a possível constituição de uma porta de entrada (*gatekeeping*) para o sistema de saúde.

Desde o século XIX, há uma progressiva extensão de cobertura de serviços médicos em todo o mundo. A extensão de cobertura pode ser entendida como um movimento em que

localidades rurais e populações na base da pirâmide social passam a ter acesso a serviços de saúde anteriormente não disponíveis. Há diversas forças motrizes dessa expansão e explicações para sua ocorrência. Mais do que identificar essas razões, interessa a este trabalho descrever como foram sendo equacionados arranjos para prover de médicos – especialistas ou não – esses novos serviços.

Ente os antecedentes da extensão de cobertura, destacamos a Lei dos Pobres, de 1834, na Inglaterra, que garantia financiamento público para o atendimento médico individual aos desvalidos, e que serviu como embrião do que viria a ser o sistema público de saúde inglês (DONNANGELO, 1979). Com o passar do tempo, delimitaram-se duas classes de médicos em uma divisão que persiste até hoje: os práticos generalistas (*general practitioners*), originários da fusão de duas classes de práticos, os boticários e os cirurgiões; e os consultores, médicos da nobreza (*consultants*) (CUNHA, 2004).

Bastante representativa dos conflitos contemporâneos é a tentativa frustrada de Hermann Biggs, comissionário de saúde do Estado de Nova Iorque, nos EUA, de criar uma rede de centros de saúde para atender as necessidades dos condados rurais ao final da década de 20 (STARR, 1991). Biggs acreditava que, se o Estado aportasse metade dos custos de construção e parte dos custos de manutenção, atrairia os médicos para a prática rural. A argumentação de Biggs para a classe médica era a seguinte:

Imaginemos, por um momento, o que significaria para vocês ficarem separados totalmente de todo tipo de laboratórios e de serviços de raios-x. O que sentiriam se não tivessem associação alguma com seus colegas, não contassem com a presença de especialistas e tivessem de praticar absolutamente tudo, todas as especialidades cirúrgicas, médicas, ginecológicas, obstétricas e tudo mais.

Vejam bem, nisso consiste exatamente a prática da medicina nos distritos rurais do estado. Na verdade, duvido que haja entre nós alguém que aceite esse trabalho [...] (Biggs *apud* Starr, 1929. Tradução nossa)

A proposta de Biggs acabou derrotada devido à oposição da classe médica, apesar do respaldo de grupos de saúde pública, bem-estar social, operários e camponeses. O apoio a ações de saúde nos condados rurais só foi aprovado na terceira tentativa, sem menção aos Centros de Saúde (Starr, 1991). Esse conflito ilustra bem a dependência precoce dos médicos norte-americanos das tecnologias diagnósticas e terapêuticas e dos serviços hospitalares.

Na mesma época em que Biggs defendia o Centro de Saúde em Nova Iorque, Bertrand Dawson apresentava seu histórico relatório sobre a regionalização dos serviços na Inglaterra,

a pedido do Ministro da Saúde. Em suma, defendia que na base do sistema de saúde deveriam estar os centros de cuidados primários (*primary health centers*), análogos aos Centros de Saúde propostos por Biggs. Dawson também não foi vitorioso à época e o conselho consultivo que chefiava foi dissolvido logo após a publicação desse relatório parcial (NHS HISTORY, 2006).

Apesar disso, é atribuído ao relatório importante contribuição para o planejamento da regionalização dos serviços cerca de trinta anos após, quando da criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês (*National Health Service*, NHS). Além disso, ficou conhecido por ter cunhado o termo “atenção primária”, para fazer referência a serviços ambulatoriais de primeiro contato com o sistema de saúde. De acordo com Aguiar, R (2003), a criação do NHS expandiu o mercado de trabalho para os médicos generalistas.

Ao longo do tempo, permaneceu no NHS uma divisão de locais de trabalho entre os generalistas, que trabalham principalmente em seus consultórios, e os consultores, que trabalham nos hospitais (BBC NEWS, 2006). Essa divisão, desde o início do século, permitiu que os *general practitioners* tivessem uma identidade própria: são os médicos da atenção primária, do primeiro nível de contato do sistema de saúde, em contraste com os especialistas que atuam nos hospitais. Apesar de Cunha (2004) apontar que a diferença de *status* entre generalistas e consultores persiste até hoje, o NHS vem aumentando os vencimentos e a responsabilidade dos generalistas pelos seus resultados em custo-eficácia e qualidade da atenção. Desde 2004, os vencimentos médios de um generalista são superiores à média dos consultores (BBC NEWS, 2006).

Essa mesma divisão entre médicos ambulatoriais e hospitalares não aconteceu nos Estados Unidos. Um dos motivos para isso é que a evolução do sistema de saúde americano historicamente privilegiou a atenção hospitalar, e, desde o final do século XIX, a Associação Médica Americana (AMA) foi ativa ao defender que todos os médicos deveriam ter acesso aos recursos dos hospitais para seus pacientes (STARR, 1991). A indistinção do trabalho médico em relação ao seu local de trabalho pode ser exemplificada pela descrição realizada por Pugno (2006) do dia de trabalho padrão do médico de família americano: pela manhã, visita pacientes internados e faz visitas domiciliares; à tarde, atende pacientes no consultório e, à noite, volta a ver os pacientes no hospital.

Assim, a denominação de médicos ou praticantes gerais não viria a sobreviver à progressiva especialização da medicina norte-americana. Com o predomínio do modelo hospitalocêntrico de cuidados médicos, o sistema não se organizou de modo hierarquizado. Não havia, diferentemente da experiência inglesa, um **lócus institucional primário** ao qual os generalistas pudessem remeter sua identidade profissional. Talvez essa diferença de trajetória dos sistemas de saúde inglês e norte-americano possa contribuir para explicar por que a denominação de médicos, clínicos ou praticantes gerais não vingou no último.

Dos EUA, porém, advêm duas outras nomenclaturas, identificadas por Donnangelo (1979) como movimentos precursores da medicina comunitária no Brasil: a medicina integral e a medicina comunitária. Apesar de, em vários momentos, haver sobreposições e fusões entre esses dois movimentos, para fins analíticos, os dois serão agora tratados separadamente: a medicina integral entendida como uma proposta de reforma na formação médica e a medicina comunitária entendida como uma estratégia para a expansão da cobertura de serviços de saúde.

5.1.2 MEDICINA INTEGRAL

A medicina integral surge na década de 1940, nos Estados Unidos, como um movimento ligado a faculdades de medicina e hospitais de ensino. De acordo com Donnangelo (1979), a proposta da Medicina integral era combater o caráter fragmentário da medicina especializada que vinha se desenvolvendo.

“Constituindo o elemento central de crítica à prática médica predominante, o caráter fragmentário do ato médico comportaria uma dupla dimensão: fragmentação do objeto individual, alvo das interferências parciais do especialista; fragmentação do processo da doença, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas, pelo qual o processo saúde-doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição.” (Donnangelo, 1979).

A reconstituição da prática permitiria a esse novo médico, formado nos princípios da medicina integral, agir precocemente para evitar doenças e seus custos diretos e indiretos. Além disso, a recomposição do ato médico na totalidade do paciente permitiria evitar o desperdício de tempo e de recursos no fracionamento das ações terapêuticas entre diversos profissionais (Donnangelo, 1979).

Seria necessário reformar a educação médica de modo a formar esse novo profissional, uma

vez que nos Estados Unidos, já na década de 1940, as práticas dominantes na área já apontavam para a fragmentação da prática:

“É no interior da escola médica que se desenvolverá, portanto, o novo projeto médico, basicamente educativo, e sem qualquer outro suporte que não a possibilidade de manifestação, no comportamento dos agentes, dos efeitos de uma recomposição analítica dos elementos que integram o campo médico e de uma postura doutrinária face à necessidade da reforma” (Donnangelo, 1979).

A autora diagnostica que o projeto de medicina integral fracassou devido ao controle do setor privado sobre os serviços médicos nos Estados Unidos. Ao longo dos anos seguintes, o mercado de serviços de saúde se expandiu com base no crescimento da atenção hospitalar, utilizando tecnologia e serviços médicos especializados. É importante notar que, apesar de a medicina integral nos Estados Unidos não ter se consolidado como um projeto hegemônico, a denominação permaneceu sendo uma referência para projetos semelhantes que vieram a ser desenvolvidos posteriormente.

No Brasil, a denominação de medicina integral foi assumida por um grupo da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, o qual tinha como objetivo a organização da demanda no ambulatório do Hospital da UERJ, recompondo a prática médica dividida em especialidades, objetivo análogo ao da medicina integral norte-americana. Também de modo análogo, essa iniciativa encontrava grande resistência, particularmente das especialidades básicas – clínica médica, pediatria e ginecologia (NORONHA *et al*, 1977). O grupo se mantém até hoje e, no ano de 2006, conseguiu, de forma pioneira no Brasil, criar um departamento acadêmico próprio para medicina de família, que foi denominado “Departamento de medicina integral, familiar e comunitária”.

5.1.3 MEDICINA COMUNITÁRIA

A medicina comunitária teria, de acordo com Donnangelo (1979), uma outra origem: a necessidade de expandir a cobertura de serviços de saúde aos pobres e às populações rurais. Propostas de criação de Centros de Saúde e de valorização do trabalho de médicos generalistas, retomando o que havia sido sugerido por Biggs e Dawson, tomaram força em todo o mundo na década de 1960 devido a um novo fator: a inflação médica (MENDES *apud* AGUIAR, R, 2003). O custo da atenção médica vinha crescendo exponencialmente, mas não era acompanhado de impacto igualmente profundo nas condições de saúde.

É importante ressaltar, na esfera acadêmica, a publicação do trabalho de Kerr White em 1961, que demonstrou que a “ecologia” das demandas por serviços de saúde apontava para uma maior necessidade de investimento na atenção ambulatorial, particularmente na atenção médica generalista. Seu estudo mostrava que, de cada 1000 pessoas, durante o período de um mês, 750 relatavam ter tido problemas de saúde. Dessas, 250 procuraram um consultório médico, mas apenas nove foram admitidas em um hospital, cinco referenciadas a outro médico e apenas uma encaminhada a um hospital universitário (GREEN *et al*, 2001).

Paralelamente, em todo o mundo ocidental, diversos grupos excluídos reivindicavam direitos sociais, inclusive acesso a serviços de saúde. Essa pressão não poderia ser atendida pelo modelo centrado no cuidado hospitalar. Não se tratava mais apenas de expandir cobertura ou de organizar serviços hierarquicamente para atender comunidades rurais, e sim de atender a uma pungente demanda social.

A saúde comunitária surge nos Estados Unidos, ao final da década de 1950, como parte da “guerra contra a pobreza” no programa do Presidente Nixon (DONNANGELO, 1979). Tratava-se de uma resposta aos movimentos pelos direitos civis que eclodiram por todo o país e previa a criação de Centros Comunitários de Saúde, que contariam com o trabalho de médicos generalistas e de trabalhadores recrutados na própria comunidade, devendo haver participação da comunidade na supervisão e gestão do serviço.

Assim, a medicina comunitária surge como uma proposta de medicina simplificada para combater a pobreza. Essa proposta ganha força na década de 1970. De acordo com Aguiar, R (2003):

Um importante respaldo teórico à medicina comunitária aparece no ano de 1970, quando foi lançado um documento denominado *Relatório Carnegie*. Esse relatório declarou a crise da medicina flexneriana e sugeriu medidas visando à sua superação. Dentre elas, destacavam-se a *Integração Docente-Assistencial (IDA)*, a *expansão e o aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico*, a *integração entre matérias básicas e profissionalizantes nas instituições de ensino*, o *aumento de matrículas* (com prioridade para estudantes oriundos de famílias de baixa renda) e a *estruturação de planos nacionais de saúde* (AGUIAR, R, 2003).

De acordo com Donnangelo (1979), essa proposta falhou – ainda existe pobreza e pessoas sem assistência médica nos EUA – por não levar em conta determinantes sistêmicos e multifatoriais para a pobreza. Apesar disso, a proposta foi exportada através de organismos

internacionais e fundações filantrópicas nos anos seguintes. Aguiar, R (2003) aponta elementos que foram incorporados posteriormente às definições de Atenção Primária.

1. o Coletivismo Restrito; a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, como tentativa de se estabelecer a integralidade do cuidado;
2. a desconcentração de recursos, mediante a hierarquização da oferta de serviços;
3. o uso de tecnologia adequada, evitando-se o uso de procedimentos e equipamentos sofisticados e desnecessários à resolução de problemas de baixa complexidade;
4. a inclusão de práticas alternativas, visando à legitimação das ações médicas frente à população através do oferecimento de formas alternativas, acadêmicas e populares de medicina;
5. a utilização de equipe de saúde; mediante a reestruturação do processo de trabalho de forma a garantir a complementaridade das ações e respeitando-se a especificidade do trabalho de cada membro;
6. a participação comunitária, como forma de se envolver a comunidade na solução de seus problemas e estimular a canalização de seus próprios recursos para esse fim. (AGUIAR, R, 2003)

Esses elementos resumem as principais características da medicina comunitária, que vieram a ser incorporadas às experiências brasileiras, como será abordado no capítulo seguinte.

5.1.4 MEDICINA DE FAMÍLIA

A denominação Medicina de Família surge nos Estados Unidos da América como uma resposta da academia e da corporação médica às crescentes pressões da opinião pública na década de 1960. De acordo com Gutierrez & Sheid (2002), os questionamentos eram os seguintes: falta de médicos, dificuldade de acesso a cuidados de saúde em áreas rurais e cidades do interior, o alto custo da atenção médica, a impessoalidade e a fragmentação dos cuidados médicos. Para esses autores, essas pressões teriam culminado, em 1966, no clamor por uma nova especialidade médica: a medicina de família. Essa demanda estaria manifesta em três relatórios publicados independentemente.

O Relatório Millis, da comissão de cidadãos sobre a educação médica em graduação – uma comissão externa solicitada pela Associação Médica Americana – apontava a necessidade de:

“um médico que foque não sobre órgãos ou sistemas individualmente, mas sobre todo o ser humano, que vive em um ambiente complexo [...], que saiba que o diagnóstico e o tratamento de uma parte em separado frequentemente ignoram fatores causais maiores e oportunidades terapêuticas que atuam sobre o todo.” (MILLIS COMMISSION *apud* GUTIERREZ & SHEID, 2002. Tradução nossa.)

Foi estabelecida a mesma época pela Associação Americana de Saúde Pública e pelo Conselho Nacional de Saúde a Comissão Nacional em Serviços de Saúde Comunitária. Essa

comissão publicou seu relatório em 1966, intitulado em homenagem a seu presidente, Dr. Folsom. Esse relatório afirmava que:

“cada indivíduo deve ter um médico pessoal, que é o ponto central de integração e continuidade de todos os serviços médicos deste paciente. Esses médicos devem enfatizar a prática de medicina preventiva, e estar consciente de que muitos e variados fatores – sociais, emocionais e ambientais – influenciam a saúde de seus pacientes e de sua família [...] Sua preocupação será com o paciente como um todo e sua relação com o paciente deve ser contínua” (FOLSOM *apud* GUTIERREZ & SHEID, 2002. Tradução nossa.).

O terceiro relatório, do Comitê de Educação para Medicina de Família (*family practice*), indicado pelo Conselho de Educação Médica da AMA, apontava que “o público americano quer e precisa de um grande número de médicos de família qualificados” (WILLARD *apud* GUTIERREZ & SHEID, 2002. Tradução nossa.). Esses três relatórios também são apontados por Stephens (2001) como marcos do início da medicina de família nos EUA.

No final da década de 1960 e início da década de 1970, o governo federal norte-americano e alguns de seus estados passaram a financiar a criação de Departamentos Acadêmicos de Medicina de Família nas Universidades (AGUIAR, R, 2003; BENAFORTE & BESSA, 2001). Acredita-se que experiências anteriores, tanto de medicina integral quanto de medicina comunitária, tenham sido aproveitadas para a criação desses departamentos.

Em 1969, foi criado o *American Board of Family Practice*, culminando no reconhecimento da Medicina de Família como a vigésima especialidade médica norte-americana (GUTIERREZ & SHEID, 2002; STEPHENS, 2001; AGUIAR, R, 2003).

De acordo com Wilensky (1970), é comum entre grupos que se organizam para reivindicar *status* profissional mudar o antigo nome da ocupação. Essa mudança teria dois efeitos importantes: em primeiro lugar, diferenciaria os profissionais, que assumiriam a nova denominação, dos não profissionais que permaneceriam utilizando o antigo nome da ocupação; em segundo lugar, permitiria à corporação propagandear o seu corpo de conhecimento específico através da nova denominação, dando força às suas reivindicações de monopólio ocupacional.

Os Estados Unidos foram pioneiros em mudar o nome de clínicos gerais para clínicos de família na década nos anos de 1969 a 1971. A mudança seguiu o reconhecimento da

especialidade através da criação do seu *Board*, em 1969, seguida pela aplicação da prova de título de especialista, em 1970, e foi completa através da mudança do nome de sua associação profissional de *American Academy of General Practitioners* para *American Academy of Family Physicians* em 1970 (GUTIERREZ & SHEID, 2002). A associação já existia há 24 anos, e a mudança simbolizava “o desejo de enfatizar os cuidados primários de saúde orientados para a família e ganhar a aceitação acadêmica para a nova especialidade de medicina familiar” (JORDÃO *apud* AGUIAR, 1995).

Seguiram a mesma denominação o Canadá, a Austrália, a Holanda, entre outros. Em Portugal, a mudança foi de clínico geral para médico geral e familiar. Na Espanha, assumiu-se a denominação medicina familiar e comunitária. Em Cuba, apesar de a denominação oficial da especialidade ser medicina geral integral, a sociedade de especialistas, fundada em 1994, é de medicina familiar (SOCIEDAD CUBANA DE MEDICINA FAMILIAR, 2007).

5.1.5 SOBREPOSIÇÕES E CONFUSÕES

Em diversos locais em que a medicina de família tentou se estabelecer como especialidade médica, os militantes tinham um desafio a enfrentar: conquistar espaço para a nova especialidade. Era preciso conquistar o reconhecimento da nova denominação, em detrimento de múltiplas denominações anteriores.

A persistência de múltiplas denominações para se referir à medicina de família atrapalha bastante as reivindicações de *status* por parte dos praticantes dessa especialidade. Atun (2001), analisando a trajetória da medicina de família na Inglaterra, relata:

Uma das questões mais importantes que tivemos de enfrentar foi a do médico hospitalar, comparado com o médico de família. O médico hospitalar tinha um *status* muito elevado, suas especialidades eram reconhecidas, enquanto a medicina de família era confusa. Era confusa para os médicos, imagine-se o quanto para os pacientes! Em tal contexto, o que pensam os pacientes? Se você quiser comprar uma garrafa d'água, é fácil identificar tal objeto, as pessoas todas reconhecem o que é água, sabem o que é água de boa qualidade. Mas o que é um médico de família? O que é um médico de saúde da família? O que é um médico comunitário? O que é um generalista? O que é um médico familiar e comunitário? Os pacientes devem estar totalmente perplexos! Então, a primeira coisa a se fazer é acertar na escolha de um nome! Você deve ter um nome, e não 25 nomes. Por isso é importante que se defina exatamente a designação que usaremos. Daí, então, nós poderemos ter uma especialidade que seja reconhecida, uma carreira que seja estruturada, como a dos médicos hospitalares. E, uma vez que isso seja alcançado, as chances de melhoria de salário serão maiores (ATUN, 2001, p. 29).

A observação de Atun encontra respaldo em diversas experiências internacionais e na trajetória da especialidade no Brasil. Como foi visto anteriormente, na Inglaterra, os médicos de família são chamados de práticos gerais (*general practitioner* ou, abreviadamente, *gp*), sendo que o termo *gp* é, por vezes, traduzido como clínico geral.

O uso da expressão “clínico geral” é bastante controverso. Em relação às especialidades médicas, não existe no Brasil nenhuma especialidade com o nome “clínica geral”. Existe, oficialmente, uma especialidade denominada clínica médica, de formação principalmente hospitalar, conforme a Resolução CNRM 02/2006. A clínica médica é também chamada medicina interna. Ela é considerada especialidade básica pela CNRM, sendo frequentemente referida como clínica geral em contraposição a outras especialidades clínicas, como pneumologia ou cardiologia. Alguns editais, tanto para concursos públicos como para programas de residência, anunciam erroneamente vagas para clínica geral (Unicamp, 2006; Unaerp, 2006, Universidade Federal do ABC, 2006). A imprensa também, frequentemente, utiliza o termo clínica geral para se referir à especialidade clínica médica (Folha de S. Paulo, 2006).

A Classificação Brasileira das Ocupações, do Ministério do Trabalho, considera clínico geral como sinônimo de médico internista, conforme pode ser visto no Quadro 2.

Código	Ocupação	Sinônimos
2231 - 15	Médico clínico	Clínico geral, Médico clínico geral, Médico especialista em clínica médica, Médico especialista em medicina interna, Médico internista
2231 - 16	Médico de saúde da família	Médico comunitário, Médico de família
2231 - 29	Médico generalista	Médico alopata, Médico em medicina interna, Médico militar
2231 - 56	Médico sanitarista	Epidemiologista, Higienista, Médico de saúde pública, Médico epidemiologista, Médico higienista

Quadro 2 – Ocupações selecionadas da família 2231 da CBO (Médicos)

Fonte: Classificação Brasileira de Ocupações, 2002.

Nessa classificação, há uma associação dos conceitos de médico generalista e clínico geral à especialidade clínica médica. O médico de família é colocado como uma classificação à parte, entendido como sinônimo de médico de saúde da família ou médico comunitário. Não aparece a denominação Medicina de Família e Comunidade.

Porém, em nossa revisão, encontramos diversas referências ao termo clínico geral como sinônimo de médico de família, particularmente em países da Europa Ocidental. Pela sua relevância, destacamos a sobreposição de significados atribuídos às expressões medicina interna, médicos de família, medicina de família e comunidade e medicina comunitária, de acordo com os Descritores de Ciências da Saúde, traduzidos para o português pela Bireme, conforme descrito no Quadro 3:

Descritor Inglês:	Descritor Espanhol:	Descritor Português:	Sinônimos Português:	Definição Português:
Internal Medicine	Medicina Interna	Medicina Interna	Clínica Geral, Clínica Médica	Especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças dos sistemas de órgãos internos dos adultos.
Family Physicians	Médicos de Familia	Médicos de Família	Internistas, Médicos de Cuidados Primários, Médicos Clínicos Gerais, Clínicos Gerais, Generalistas, Médicos de Atendimento Primário	Médicos com atividade voltada para indivíduos, famílias e comunidade e que, independentemente de idade, sexo ou patologia do paciente, propõe-se (sic) a prestar-lhe uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário encaminhar o paciente a outros níveis de assistência.
Family Practice	Medicina Familiar y Comunitaria	Medicina de Família e Comunidade	Medicina de Família, Medicina Familiar e Comunitária, Medicina Familiar, Prática de Família, Clínica de Família	Especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.
Family Health	Salud de la Familia	Saúde da Família	Bem-Estar Familiar	Estado de saúde de uma família como unidade incluindo o impacto causado pela saúde de um membro sobre a unidade e sobre cada um dos membros; inclui o impacto causado pela alteração ou não do estado de saúde de seus membros.
Community Medicine	Medicina Comunitaria	Medicina Comunitária		Ramo da medicina voltado para a saúde total do indivíduo tanto no ambiente doméstico como na comunidade; com aplicação extensiva de cuidados de prevenção e tratamento na comunidade inteira.

Quadro 3- Descritores de Ciências da Saúde em Português. Fonte: Bireme

Como se pode ver, a expressão “clínico geral” aparece tanto como sinônimo de medicina interna quanto de medicina de família. As nomenclaturas de medicina de família estão dispersas: *family practice* e *family physicians*, como se tratassem de entidades diferentes. Há a medicina de família e comunidade coexistindo com a medicina de família e a medicina comunitária. Desse modo, fica claro que a advertência de Atun quanto à dispersão de nomenclaturas se aplica ao Brasil.

No Brasil, na década de 1980, a distinção entre medicina de família e medicina comunitária era muito importante para os médicos que se propunham a atuar como generalistas e que defendiam formação pós-graduada específica na área. Nos últimos 10 anos, a situação se inverteu: os médicos gerais e comunitários se esforçaram para incluir o termo família no nome da especialidade, dando origem à denominação atual: medicina de família e comunidade. A trajetória das associações profissionais de médicos de família no Brasil e os fatores que levaram à dissidência e à posterior convergência serão abordados no tópico 5.2.

Antes de se remeter à trajetória da especialidade no Brasil, é necessário abordar os esforços feitos no nível internacional para unificar a nomenclatura. Essas tentativas de unificação tiveram como esteio a consolidação da Atenção Primária como um conceito relevante na organização dos sistemas de saúde, servindo como ponto de apoio para o discurso corporativo dos médicos de família.

5.1.6 MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA?

Propostas de organização de serviços de saúde comunitária semelhantes às descritas para os Estados Unidos foram desenvolvidas em todo o mundo, em movimentos precursores da emergência internacional do conceito de Atenção Primária em Saúde. Na Inglaterra, a implantação do Plano Beveridge, em 1948, leva à constituição de um Sistema Nacional de Saúde, em que os consultórios dos clínicos gerais passaram a ser a base de um sistema hierarquizado, ficando os hospitais sob a responsabilidade de direções regionais. Enquanto isso, na Rússia, são organizados centros de saúde regionalizados em uma política de distritalização da saúde e, na China, é organizado um verdadeiro exército de trabalhadores leigos em saúde, que atuavam em sua própria comunidade, e vieram a ser conhecidos no Ocidente como os médicos de pés descalços. (AGUIAR, R, 2003).

Em 1972, os Ministros da Saúde de países das Américas se reuniram para traçar um plano decenal de saúde, e a extensão da cobertura de serviços através da Atenção Primária foi eleita como uma prioridade. É a partir dessa década que começam a surgir no Brasil experiências de medicina comunitária, impulsionadas por ações da Organização Pan-Americana de Saúde e das fundações filantrópicas norte-americanas.

Como ápice do processo de discussão sobre Atenção Primária, podemos apontar a realização da Conferência de Alma-Ata, realizada conjuntamente pela OMS e pela UNESCO na cidade de mesmo nome, no Cazaquistão, em 1978. Essa Conferência foi um marco na definição da Atenção Primária à Saúde como um conceito relevante para as discussões acerca da organização dos sistemas de saúde em todo o mundo. Nela foi estabelecida a meta “saúde para todos no ano 2000”, que sintetiza o espírito da extensão de cobertura.

Observa-se, porém, uma distinção entre esses movimentos. Para Gerváz & Fernández (2006) houve três modelos de organização da atenção primária: o estadunidense, o dos países comunistas e o da Europa Ocidental. No estadunidense, a medicina comunitária era voltada para grupos sociais excluídos e separada do restante do sistema de saúde, este financiado por seguros privados e centrado na atenção especializada e hospitalocêntrica. O modelo dos países comunistas europeus era centrado nos especialistas e organizado em grandes programas verticais: saúde da criança, da mulher, combate à tuberculose, etc. De acordo com o autor, essa organização vertical “rompe” os pacientes. Esse tipo de organização se oporia à “Atenção Primária forte e ambivalente”, predominante na Europa Ocidental e no Canadá e centrada na atuação do médico de família.

Ainda de acordo com esses autores, em todos os países desenvolvidos, excetuado os Estados Unidos da América, os cidadãos podem contar com um sistema de saúde financiado com recursos públicos, que lhes garante acesso a serviços médicos pessoais próximos de sua residência. Para o autor, a opção pela Atenção Primária forma parte do Estado de bem-estar social europeu e ajudaria na coesão social, no desenvolvimento da democracia e no progresso econômico. Nesses países, o médico de família é o médico responsável por esse nível de atenção. Giovanella (2006) aponta que, na Comunidade Europeia, as associações profissionais dos médicos de família foram importantes parceiras do Estado na consolidação desse nível de atenção.

A importância da Atenção Primária na estruturação de sistemas de Saúde tem sido demonstrada de maneira crescentemente consistente. De acordo com Starfield (2005), essas novas evidências sobre a importância e a eficácia da Atenção Primária marcam um salto em relação às discussões realizadas em Alma-Ata. Anteriormente, apostava-se na Atenção Primária na esperança de que ela pudesse trazer bons resultados, mas, nos dias de hoje, diversos desses benefícios já estão comprovados. De acordo com Sampaio (2004):

existe um considerável consenso entre os tomadores de decisão em saúde, em diversos países, de que a Atenção Primária à Saúde é um componente essencial para um bom desempenho dos sistemas de saúde. Acumulam-se evidências de que nos sistemas nacionais de saúde, orientados pelos princípios da Atenção Primária, os custos são menores, há maior satisfação dos usuários e alcançam-se melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social (SHI 1992, 1999; STARFIELD, 1994, 2002; MACINKO 2003; WHO EUROPE, 2004). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde vem sendo colocada como uma megatendência dos sistemas de saúde no mundo (SAMPAIO, 2004).

Existe uma íntima relação conceitual e ideológica entre Medicina de Família e APS. De acordo com Starfield (2004): "historicamente, a atenção primária tem sido definida pelo tipo de médico que a exerce; mesmo atualmente é comum que seja caracterizada como aquele atendimento oferecido por clínicos gerais (ou médicos de família)".

A relação inversa também é verdadeira, pois, entendida como nível do sistema, a Atenção Primária é o principal local de trabalho dos médicos de família. Esse entendimento também está presente na atual definição do médico de família como “um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, na atenção primária à saúde” (CNRM, 2006). Vale destacar, porém, que essa definição não aponta para exclusividade dos médicos de família na atenção primária. Starfield (2005), em suas análises da situação da atenção primária nos Estados Unidos, também inclui médicos internistas e pediatras como possíveis provedores de atenção primária. Mesmo na Europa, onde o *status* do médico de família é mais consolidado, há países, como Espanha e Itália, em que o médico de cuidados primários de crianças até certa idade é o pediatra.

Ainda assim, as expressões “médicos de cuidados primários” e “médicos de atendimento primário” aparecem como sinônimos de medicina de família nos Descritores de Ciências da Saúde da BIREME.

Devido a essa relação entre Medicina de Família e Atenção Primária, convém explorar as abordagens utilizadas para definir Atenção Primária. Como será visto posteriormente, diversos conceitos estabelecidos para Atenção Primária foram incorporados ao discurso dos médicos de família brasileiros. Há uma grande diversidade de significados atribuídos à expressão “Atenção Primária à Saúde”. Essa imprecisão no uso do conceito potencialmente pode causar mal-entendidos e, portanto, é importante que eles sejam esclarecidos.

A mais clássica definição de atenção primária é aquela constante na declaração da Conferência de Alma-Ata sobre cuidados primários, qual seja:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. (OMS, 1978).

Por ser uma definição bastante abrangente, e considerando a riqueza dos antecedentes e diversidade de contextos de aplicação dessa definição, nos anos seguintes, houve uma grande profusão de interpretações dadas à expressão atenção primária (AGUIAR, R, 2003). Vuori, citado por Starfield (2004), delimitou quatro grandes grupos de significados atribuídos à APS:

1. um conjunto de atividades, como sugerido na declaração de Alma-Ata;
2. um nível do cuidado dentro do sistema de saúde, em que as pessoas têm seu primeiro contato com o sistema;
3. uma estratégia para organização dos serviços de saúde, funcionalmente integrada no sistema de saúde, que permita o acesso ao cuidado, tenha relevância dentro das necessidades da população, seja baseada na participação da comunidade, tenha uma boa relação custo efetividade e seja caracterizada pela colaboração entre todos os setores da sociedade. Isso requer reorientação de pessoal e recursos da atenção secundária e terciária para a Atenção Primária;
4. uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde. Nesse sentido, um país pode considerar-se como praticante da APS se todo seu sistema de saúde for caracterizado por justiça social, equidade, solidariedade internacional, autorresponsabilidade e aceitação de um conceito ampliado de saúde (VUORI *apud* STARFIELD, 2004).

AGUIAR, R (2003), revendo o trabalho de Tarimo & Webster e o da OMS sobre o tema, aponta quatro possíveis concepções de APS: um nível dentro do sistema de saúde, uma abordagem aos problemas de saúde, um programa focado em populações excluídas e uma estratégia que perpassa todo o sistema.

Já de acordo com Starfield (2004), duas estratégias foram utilizadas historicamente para delimitar a APS nos sistemas de saúde: a empírica e a funcional. A empírica é representada por White em 1973, que distinguiu a atenção primária da atenção secundária e terciária por um conjunto de características abaixo sumarizadas no quadro 4.

	Atenção Primária	Atenção por consulta (secundária)	Atenção Terciária
Problemas de saúde	Comum e inespecífico	Não frequente e específico	Raro e complicado
Local da atenção	Unidade comunitária	Paciente internado: atenção geral ou específica	Paciente internado: atenção intensiva
Padrão de encaminhamento	Acesso direto	Acesso direto e unidade de referência	Unidade de referência
Responsabilidade	Atenção continuada	Atenção intermitente	Atenção por episódio
Serviço de informações	Paciente, família e dados epidemiológicos	Principalmente dados epidemiológicos	Base de dados biomédicos
Uso de tecnologia	Laboratório completo	Laboratório completo	Equipamento e equipe complexos
Orientação	Predomínio da promoção de saúde e prevenção sobre tratamento	Predomínio de tratamento e reabilitação sobre prevenção primária e promoção.	Predomínio de reabilitação e tratamento sobre prevenção
Necessidade de treinamento	Amplio e geral	Concentrado	Específico e altamente especializado

Quadro 4 - Descrição Empírica da Atenção Primária por características dominantes em relação aos outros níveis nos Estados Unidos. Adaptado de Starfield (2004)

Starfield (2005) define a atenção primária seguindo a abordagem funcional, utilizando quatro características fundamentais: atenção ao primeiro contato, integralidade (ou abrangência), longitudinalidade e coordenação de cuidados. De acordo com Sampaio (2004):

O **primeiro contato** remete-se à capacidade de acessibilidade, considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras, sejam na própria unidade prestadora, como o exemplo das filas, sejam no transporte, ou sejam mesmo aquelas de natureza cultural ou linguística.

[...]

A **longitudinalidade** poderia ser traduzida como o vínculo, a relação mútua entre o usuário e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.

[....]

A **abrangência** envolve a capacidade dos serviços em oferecer o que está planejado. Diz respeito às ações programadas para aquele serviço, à sua adequação às necessidades da população e à sua resposta as essas demandas, enquanto capacidade resolutiva.

[...]

A **coordenação da atenção** relaciona-se à capacidade do serviço em proporcionar o seguimento do usuário no sistema, ou seja, garantir a referência a outros níveis de atenção, quando necessário (SAMPAIO, 2004. Grifo nosso).

Posteriormente, quando da elaboração do Primary Care Assessment Tool (PCA Tool) por Starfield & Shi, citados por Akerman & Luiz (2002), foram incorporados, além das características acima, os chamados aspectos derivativos, quais sejam:

centrado na família: conhecimento dos membros da família e dos problemas de saúde dos membros da família;

competência cultural: providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais e prestação de serviços especiais para atender às necessidades culturais;

orientado para a comunidade: mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, participação nas atividades comunitárias e envolvimento comunitário na unidade (AKERMAN & LUIZ, 2004).

Essa breve revisão sobre Atenção Primária buscou apresentar algumas abordagens do tema, delimitando uma vertente de análise da atenção primária, abordada como um conjunto de funções exercidas pelo primeiro nível dos sistemas de saúde. Como será visto posteriormente, diversos desses conceitos foram incorporados ao que se entende hoje como medicina de família.

Porém, com o objetivo de dar clareza ao uso da expressão ao longo deste texto, opta-se por uma definição menos abrangente de Atenção Primária. Um modo de localizar a atenção primária nos sistemas de saúde é entendê-la como “... serviços ambulatoriais de primeiro contato, independente da concepção do modelo assistencial e do modo de organização do sistema de atenção à saúde do país...” (GIOVANELLA, 2006, p. 953). A autora utilizou essa definição ao estudar as reformas organizacionais na Atenção Primária na Comunidade Europeia. Essa opção permite localizar, com mais clareza, um locus específico de trabalho médico, servindo como ponto de apoio para sua identidade profissional. No Brasil, esse locus pode ser identificado com os Centros de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Apesar de a Medicina de Família Europeia e a Canadense não se constituírem em verdadeiros antecedentes da medicina de família brasileira em suas origens, as experiências desses países têm sido frequentemente citadas como exemplos a serem seguidos, e conceitos ali desenvolvidos têm sido incorporados ao arcabouço conceitual da Medicina de Família e Comunidade.

5.1.7 A BUSCA POR UMA DEFINIÇÃO E UMA NOMENCLATURA

A discussão sobre a identidade profissional da Medicina de Família e Comunidade vem sendo realizada em diversos países por entidades locais ligadas à área e, globalmente, pela Organização Mundial dos Médicos de Família (Wonca). Há, porém, grande heterogeneidade em relação às funções assumidas e os conhecimentos mobilizados pelos médicos de família dependendo da maneira como os sistemas de saúde se organizam. Giovanella (2006), documenta amplo espectro de diferenças em relação ao trabalho dos médicos nestes países:

1. o médico de família pode ser o único profissional da Atenção Primária, ou pode dividir essa atribuição com outros especialistas;
2. o local de atendimento pode variar entre consultórios individuais, grupais ou centros de saúde;
3. o médico de família pode ou não ser porta de acesso obrigatório aos outros níveis de atenção (função de gatekeeper);
4. os médicos podem trabalhar ou não com listas de pacientes sob sua responsabilidade;
5. o número de pacientes na lista varia de 1.000 a 2.500;
6. o pagamento pode ser realizado por salários, pelo número de pacientes em sua lista (por cabeça – capitação), por procedimento, ou combinações destes;
7. o percentual de médicos de família em relação ao total de médicos é extremamente variável: de 10% na Suécia a 60% na Inglaterra, sendo a média desses 34,3%.

Na tentativa de estabelecer uma identidade profissional para a medicina de família europeia, a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) criou um grupo de trabalho em 2001, com o objetivo de unificar as definições anteriores de Medicina de Família e Comunidade. Essas definições anteriores haviam sido emanadas pela própria WONCA, pela OMS, por estudiosos da área e por entidades nacionais de Medicina de Família, particularmente o Royal College of General Practitioners.

Esse trabalho resultou no documento “A definição europeia de Medicina Geral e Familiar” (WONCA, 2002). Nele, parte-se da definição do que seria a disciplina acadêmica Medicina Geral e Familiar, que se caracterizaria por:

- a) Ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente de idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) Utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;
- c) Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- d) Ter um processo de Consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva;
- e) Ser responsável pela prestação de cuidados continuados, longitudinalmente, consoante as necessidades do paciente;
- f) Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- g) Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;
- h) Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;
- i) Promover a saúde e o bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas;
- j) Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- k) Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial” (WONCA, 2002).

O médico de família seria o médico formado nos princípios da especialidade. Ele teria as seguintes competências nucleares, relacionadas aos princípios acima:

- “1. Gestão de cuidados de saúde primários (a,b) (alinhar estes itens)
- 2. Cuidados centrados na pessoa (c,d,e)
- 3. Aptidões específicas de resolução de problemas (f,g)
- 4. Abordagem abrangente (h,i)
- 5. Orientação comunitária (j)
- 6. Modelação holística (k)” (WONCA, 2002)

Essa definição, em sua tentativa de ter validade para diversos cenários diferentes de atuação de Médicos de Família, termina sendo abrangente demais. Sua síntese faz um somatório de competências necessárias a tantos contextos diferentes, que dificilmente encontraremos algum médico com todas essas virtudes simultaneamente. Além disso, as características **a**, **b** e **e** se referem muito mais à ordenação do sistema de saúde do que às características do médico.

A WONCA reconhece a relação entre a ordenação do sistema de saúde, que determina quais as funções do médico de família e o conteúdo da medicina de família como disciplina. Tenta, portanto, não apenas construir uma definição comum e abrangente da medicina de família, quanto apontar como o sistema de saúde deveria ser:

Obviamente, alguns sistemas de saúde poderão não ser os mais propiciadores de uma boa Medicina Geral e Familiar e, embora esses sistemas não sejam facilmente passíveis de mudar, não deveremos rejeitar sempre o modelo ideal de sistema de saúde que, com maior probabilidade, conduzirá aos melhores resultados finais em termos de saúde e de custo-eficiência, isto é, um sistema baseado numa Medicina Geral e Familiar de elevada qualidade (WONCA, 2002).

Desse modo, apesar de a trajetória da medicina de família no Brasil ser muito distinta, é importante ter em conta a definição da Wonca Europa. A mesma é citada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) como “padrão-ouro” para se definir medicina de família (SBMFC, 2005), apesar das diferenças na organização dos serviços de saúde entre os países da Europa Ocidental e o Brasil. Afinal, a própria definição aponta a necessidade de militância nos países em que a medicina de família não é valorizada.

A definição da WONCA Europa, devido a sua opção por incluir, de modo abrangente, diversas características da especialidade, não delimita claramente quais seriam as diferenças específicas de conhecimento entre os médicos de família e demais médicos clínicos. A medicina de família, como especialidade primordialmente ambulatorial é diferenciada das demais especialidades pelo documento da WONCA em que a mesma se preparava para uma reunião de trabalho entre esta entidade e a Organização Mundial de Saúde, realizada em 1991. De acordo com esse documento, o médico de família é distinto dos demais especialistas pelos seguintes motivos:

1. O médico de família lida, frequentemente, com problemas mal definidos, isto é, com problemas que não foram previamente avaliados por um médico.
2. Mesmo após uma adequada avaliação, uma grande parte dos problemas não pode e não necessita de ser diagnosticado no sentido habitual do termo, pois muitas das decisões clínicas têm de ser tomadas sem diagnóstico clínico preciso. Esta é uma das razões porque, com frequência, o conhecimento do paciente e das suas circunstâncias é determinante para a decisão clínica.
3. A prevalência das doenças em Medicina Geral e Familiar é substancialmente diferente da que ocorre na população selecionada de um hospital ou de uma clínica. Dado que o valor preditivo dos dados clínicos varia com a prevalência de doença numa determinada população, o mesmo sintoma, sinal ou exame terá um valor preditivo distinto na Medicina Geral e na prática hospitalar.
4. O Médico de família entra em contato frequentemente com as doenças em estágios precoces, antes de um determinado quadro clínico se ter desenvolvido. Uma vez que a sensibilidade e especificidade de dados clínicos variam com os estágios da doença, os exames que são válidos na prática de Medicina Geral e Familiar podem ser diferentes dos que são válidos na clínica de base hospitalar (WORD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 1991).

Os itens 3 e 4 utilizam-se de critérios epidemiológicos como sensibilidade, especificidade e valores preditivos para delimitar um conjunto de razões pelas quais a medicina de família seria distinta da clínica hospitalar. Já nos itens 1 e 2 assume-se um risco à autoridade

profissional: a incerteza. Se os problemas são mal definidos e não é possível realizar um diagnóstico, a solidez do conhecimento técnico e científico que fundamenta as decisões é mais questionável. Há, nesses aspectos, um potencial ponto de fragilidade da autoridade profissional do médico de família.

Este capítulo apresentou um conjunto de movimentos que são considerados antecedentes históricos e referenciais teóricos para a medicina de família. Objetivou-se delinear as múltiplas denominações da medicina de família, identificando suas origens históricas, analisando a dispersão de conceitos e nomenclaturas e as tentativas de unificação, tendo como esteio a crescente consolidação da Atenção Primária. Tratar-se-á agora de como essa especialidade desenvolveu-se no Brasil, e qual foi sua trajetória até o reconhecimento pleno como especialidade do ponto de vista formal e sua situação atual.

5.2 A TRAJETÓRIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O sistema de saúde brasileiro passou por intensas transformações ao longo do século passado, sendo que, em diversos momentos, os órgãos responsáveis pela assistência médica, financiados pelas políticas previdenciárias, tinham agendas distintas das dos órgãos responsáveis pela saúde pública.

De acordo com Cunha & Cunha (1998), a trajetória desse sistema pode ser dividida nas seguintes fases: a década de 1920 seria marcada pelo nascimento da Previdência Social; o período de 1930 a 1945, pelo surgimento das ações centralizadas de saúde pública e pela consolidação das leis do trabalho; de 1946 a 1966, ter-se-ia o início da crise no regime de capitalização do sistema previdenciário e o nascimento do sanitarismo desenvolvimentista; os marcos do período de 1966 a 1980 seriam o acirramento da crise de financiamento, a privatização da assistência médica e o surgimento de propostas reformadoras. Finalmente, a partir da década de 1980, teríamos a consolidação das propostas reformadoras na organização do Sistema Único de Saúde.

Antes do SUS, a assistência médica individual era majoritariamente financiada pela previdência social oficial. Até a década de 1920, era organizada por empresas, através das caixas de aposentadoria e pensão. Na década de 1930 passou a ser organizada por categoria profissional, nos Institutos de Aposentadoria e Pensão que, em 1966, foram fundidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década de setenta, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a assumir a responsabilidade pela assistência médica individual no sistema de previdência social. Esse modelo foi organizado privilegiando o atendimento hospitalar e especializado, executado através de instituições privadas. Desse modo, não foi criado mercado de trabalho em Atenção Primária no qual pudessem se inserir médicos de família.

Até a década de 1960, não havia programas estruturados regionalmente para provimento de Atenção à Saúde a populações socialmente excluídas. A atuação em saúde pública era principalmente campanhista, atuando em emergências sanitárias e ações de vacinação (DONNANGELO, 1977; CUNHA & CUNHA, 1998; AGUIAR, R, 2003).

O provimento de serviços de saúde de maneira mais contínua a populações excluídas

aconteciam em programas específicos, verticalizados, federais, a exemplo da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuava principalmente em regiões endêmicas de malária. Além disso, havia atendimento à população considerada indigente por Santas Casas de Misericórdia, Hospitais Universitários e atuação de outras instituições filantrópicas, sem um planejamento estruturado ou regionalização (CUNHA & CUNHA, 1998).

Nas décadas de 1940 e 1950, surge nas escolas de medicina o discurso preventivista, difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por fundações filantrópicas norte-americanas. Seguindo recomendações desses órgãos, a partir da década de 1950, começam a se organizar Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). A partir de 1968, o ensino da medicina preventiva se torna obrigatório e são criados DMP em todas as escolas médicas. Os DMP tiveram um papel importante nas discussões sobre reformas da educação médica e se articularam com programas de medicina comunitária através da estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), também apoiada pelos mesmos órgãos internacionais na década de 1970.

No Brasil, a medicina comunitária iniciou-se como a “montagem de modelos paralelos (de assistência à saúde) para populações de baixa renda, desvinculadas do modelo dominante (o previdenciário)” (CORDONI, 1980, p. 53). Do ponto de vista técnico, a medicina comunitária se assemelha à norte-americana e traz características que hoje são associadas à Atenção Primária:

A proposta da Medicina Comunitária contém diretrizes opostas àquelas do modelo dominante na política nacional de saúde. São elas: ênfase em atividade ambulatorial, em detrimento da hospitalização; simplificação do atendimento, o que implica no uso limitado de tecnologia e de medicamentos; implementação através de instituições públicas; e largo emprego de pessoal não especializado - auxiliares (atendentes) de saúde e médicos generalistas (CORDONI, 1980, p. 66).

Esse mesmo autor relata que havia, à época, quatro experiências de Medicina Comunitária em andamento: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas – posteriormente integrado ao PIASS, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e a experiência de Londrina.

De acordo com Cunha & Cunha (1998):

“Tendo como referência as experiências em vigor, as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de Estado. O programa concentra suas ações nas Secretarias Estaduais de Saúde, que adotam modelos desconcentrados. Em 1979 é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública” (Cunha & Cunha, 1998).

O PIASS tinha por finalidade a implantação de estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Já o PPREPS tinha três objetivos: a preparação de grande quantidade de pessoal de nível médio, a organização de 10 regiões docente-assistenciais, com cobertura final de 15 a 20 milhões de pessoas, e o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em cada unidade da federação. Foram, ao todo, financiados 10 projetos docentes assistenciais. (CORDONI, 1980).

Propostas de medicina comunitária também chegam ao Brasil através de articulação direta de escolas médicas com organismos internacionais. De acordo com Aguiar, D (1998):

“No Brasil, propostas como as de Medicina Comunitária e Medicina Familiar chegaram, sobretudo, através de atividades acadêmicas. No quinquênio 1972-77, a Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina - FEPAFEM, com apoio da Fundação Kellogg, havia desenvolvido um programa para promover o ensino da Medicina Comunitária no continente, do qual participaram sete universidades de países latino-americanos, inclusive o Brasil” (AGUIAR, D, 1998).

Na década de 1970, o foco das discussões sobre formação de médicos no Brasil deixou de se pautar somente pela preocupação em relação à sua má distribuição e passou também a considerar o perfil do médico formado. O diagnóstico era que os estudantes estariam dedicando-se a especialidades médicas precocemente, e sua formação geral estaria comprometida. Assim, o Ministério da Educação instituiu uma comissão de ensino médico, que, em seus diversos relatórios, apontou que a escola médica deveria se ocupar da formação do médico generalista, que proveria cuidados primários de saúde (BEVILACQUA & SAMPAIO, 2002). Essa discussão estava inserida no contexto da extensão de cobertura, e também era pauta de entidades de ensino médico, da OPAS e das fundações filantrópicas internacionais que promoviam a medicina comunitária.

Em 1973, e posteriormente em 1978, a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) promoveu seminários para discutir a formação do “médico de família” e do “médico generalista”. Impulsionavam essa discussão: o movimento de expansão de cobertura, que acenava com uma possibilidade de mercado de trabalho; as discussões da Federação Mundial de Escolas Médicas e FEPAPEM; e a experiência norte-americana de desenvolvimento de departamentos acadêmicos e residências em Medicina de Família (AGUIAR, D, 1998; AGUIAR, R, 2003; GUSSO, 2003).

Nesse último seminário havia dois conflitos, e nenhum deles foi resolvido. Em primeiro lugar, não houve consenso em relação à nomenclatura: médicos de família, policlínicos, generalistas, clínicos gerais, médicos comunitários etc. Também não havia consenso se esses médicos seriam formados através de programas de residências ou a partir da própria graduação em medicina (BEVILAQUA & SAMPAIO; 2002).

As correntes dissidentes ali representadas deram origem a diversos movimentos, e a posição que o médico generalista deveria ser formado na graduação foi majoritária (BEVILACQUA & SAMPAIO, 2002). A expressão “médico de família” praticamente caiu em desuso, prevalecendo entre os que defendiam a formação pós-graduada do médico geral a denominação “medicina geral e comunitária”. Apesar de ser uma posição minoritária entre as escolas médicas, em alguns lugares foram desenvolvidos programas de residência médica para formar o médico generalista: as residências em medicina geral e comunitária.

Assim, em 1976, surgiram os primeiros programas de residência médica em medicina geral e comunitária. De acordo com Falk (2004) esses programas eram três: o do Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre – RS; o Projeto Vitória, em Vitória de Santo Antão – PE; e o serviço de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro – RJ. O Projeto Vitória foi extinto em 1986, mas os outros continuam ativos até o presente.

As três residências tinham, como base, programas de saúde comunitária desenvolvidos nesses locais. A da UERJ tinha características mais marcadas de Medicina Integral, por ser um programa de que se propunha a organizar a demanda que procurava o hospital, sem atividades na comunidade ou em ambulatorios periféricos (NORONHA *et al*, 1977).

De um modo geral, as experiências de medicina comunitária no Brasil tiveram êxito, tanto no desenvolvimento de propostas de estruturação de serviços regionais de saúde como na integração com a universidade, e elementos provenientes dessas experiências foram incorporados a discussões do movimento sanitário (AGUIAR, R, 2003).

A principal crítica a esses programas, porém, residia no fato de ser uma assistência segmentada, que não alterava a estrutura iníqua do sistema, servindo apenas como “tampão social” do governo militar (CORDONI, 1980). De acordo com Aguiar (2003):

Tanto a Medicina Comunitária como a Medicina Familiar foram movimentos que priorizavam o cuidado primário em contraposição à medicina especializada e sofisticada. As suas limitações se deveram, de forma geral, às contradições entre os seus princípios e as características do sistema de saúde vigente. Ainda que tenham contribuído para a politização do setor e a reflexão sobre a necessidade de um novo sistema de saúde – ou pelo menos de uma nova abordagem clínica –, esses movimentos não puderam se inserir estruturalmente no modelo vigente. Tal limitação relegou a medicina comunitária à execução de programas pontuais e paralelos àquele modelo, e a medicina familiar, às discussões acadêmicas e à implementação de programas de residência médica em Medicina Preventiva ou Medicina Geral e Comunitária (AGUIAR, 2003).

Vários desses programas vieram a ser interrompidos ao longo da década seguinte, deixando para trás um vazio assistencial, ou persistiram como uma estrutura paralela de assistência à saúde, desconectada do restante do sistema como previam os críticos à época. Alguns deles permanecem até hoje como uma estrutura paralela de atenção à saúde, enquanto outros foram substituídos por ações do Sistema Único de Saúde ou a ele integrados.

As residências em medicina geral e comunitária cresceram no período de 1976 a 1986. Essas residências serviram como base para a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária em 1981 e, em 1986, a especialidade é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Esses processos serão vistos em maior detalhe ao analisarmos o processo de profissionalização da especialidade.

O período de 1986 a 1994 foi marcado pela redemocratização do Brasil. Na saúde, os marcos mais importantes são a VIII Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição Federal em 1988, particularmente a seção que trata da saúde, e a edição das Normas Operacionais Básicas do SUS – as NOBs 91 e 93. As NOBs são portarias do Ministério da Saúde, acordadas em espaços de interlocução com as demais esferas de governo – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e com a sociedade civil – representada pelo Conselho

Nacional de Saúde (CNS). Têm como objeto regulamentar a divisão de responsabilidade sanitária entre os níveis federal, estadual e municipal e estabelecer normas e mecanismos para a transferência direta de recursos do Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde (Cunha & Cunha, 1998). Nesse período, o foco das discussões nacionais sobre saúde estava no arcabouço legal e institucional que daria sustentação ao novo modelo de seguro universal de saúde. A redemocratização no setor saúde teve importante participação do movimento sanitário, que questionava a organização anterior do sistema de saúde. Esse movimento, de acordo com Escorel, citada por Belisário (1993) tinha suas origens na confluência de diversos movimentos, que passaram a compartilhar o mesmo referencial ideológico e linha de atuação.

No período de 1986 a 1994, o movimento de medicina geral e comunitária atravessa dificuldades: a sociedade é reativada e desativada por duas vezes, e os programas perdem sua principal fonte de financiamento. Falk (2004) atribui essas dificuldades à falta de um mercado de trabalho para os egressos das residências na área.

Em 1991, o Ministério da Saúde iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa tem como objetivo financiar uma equipe composta de Agentes Comunitários de Saúde – trabalhadores leigos, recrutados na própria comunidade, para atuarem em ações de vigilância e educação em saúde (AGUIAR, D, 1998; AGUIAR, R, 2003). O financiamento se dava através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Dois anos depois, foi realizada uma reunião com representantes do Ministério da Saúde, da FUNASA e de diversos locais onde havia experiências anteriores de saúde comunitária: várias experiências locais de PACS; o programa de médicos de família de Niterói, inspirado no modelo cubano; o Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, entre outras (FALK, 2004; AGUIAR, R, 2003).

No ano seguinte, em 1994, é lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa consistia em “uma proposta de atenção a áreas de risco, voltada para o atendimento dos 32 milhões de brasileiros incluídos no mapa da fome do IPEA” (SOUZA & SAMPAIO, 2002). Tem as seguintes características distintivas em relação ao PACS: incorporação de auxiliar de enfermagem e médico à equipe e diminuição da população e do território sob

responsabilidade da equipe, incorrendo também na redução do número de ACS. Nesse mesmo ano, há uma mudança no discurso do Ministério da Saúde, que deixa progressivamente de tratá-lo como um programa verticalizado e focalizado e passa a ser considerado como uma estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde (SOUZA & SAMPAIO, 2002; AGUIAR, D, 1998).

Entretanto, por ter-se iniciado como um programa focalizado, levantou resistências de diversos setores envolvidos na reforma sanitária. Enquanto essa reforma havia apontado para a construção de um sistema de saúde fundamentado no direito à saúde, ou seja, um modelo de seguro universal aos moldes da seguridade social, o Banco Mundial havia proposto, em seu relatório de 1993, intitulado “Investindo em Saúde”, que os países em desenvolvimento focalizassem os recursos na população mais pobre. As resistências ao PSF se fundamentavam na hipótese de que ele seria a volta da medicina comunitária, entendida como atuação marginal ao sistema de saúde, voltada para os pobres. De acordo com Campos & Belisário (2001, p. 134), temia-se que se ‘segmentasse a assistência, sendo os “cidadãos de primeira (classe)” assistidos pelos especialistas, e os pobres, pelos médicos de família, como acontecia em vários países.

O PSF ganha fôlego em 1996, com a edição da Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96. Essa norma foi a primeira a disciplinar repasse direto de recursos do Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde com base na população, e não nos procedimentos realizados. O mecanismo para essa transferência de recursos era o Piso de Atenção Básica – PAB, transferido *per capita* de maneira contínua para o município habilitado. O PAB tinha dois componentes: o fixo, que só depende da habilitação, e o variável, que é transferido de acordo com a implantação de ações estratégicas, entre elas a implantação de Equipes de Saúde da Família (Brasil, 1996). A NOB 96 previa duas modalidades de habilitação dos municípios para repasse de recursos: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, sendo que ambas previam repasse de recursos para atenção básica através do PAB.

A NOB só entrou em vigor em 1998 com a regulamentação do valor do PAB, e teve impacto expressivo na cobertura do PSF, saltando de 3,51% da população em 1997 para 22,17% no ano 2002 (Souza & Sampaio, 2002).

O Programa de Saúde da Família pode ser visto como um programa de expansão de cobertura de serviços de saúde bem-sucedido. Ao não se afirmar como um programa focalizado, e sim como a estratégia para Atenção Primária no SUS, integrando-se aos demais níveis do sistema, foi, aos poucos, quebrando as antigas resistências (Campos & Belisário, 2001).

A habilitação dos municípios para Gestão Plena da Atenção Básica representava um aumento significativo dos recursos municipais para saúde, particularmente em municípios de menor porte. Além desses recursos, nos anos seguintes, foram estabelecidos outros incentivos específicos para constituição de equipes de saúde da família, incluindo um repasse único para aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde e outro para pagamento dos profissionais (Souza & Sampaio, 2002). O Gráfico 1 apresenta a evolução da meta de número de equipes de saúde da família e do número de equipes implantadas e mostra que houve, nesse período, um aumento significativo do número de equipes em atividade.

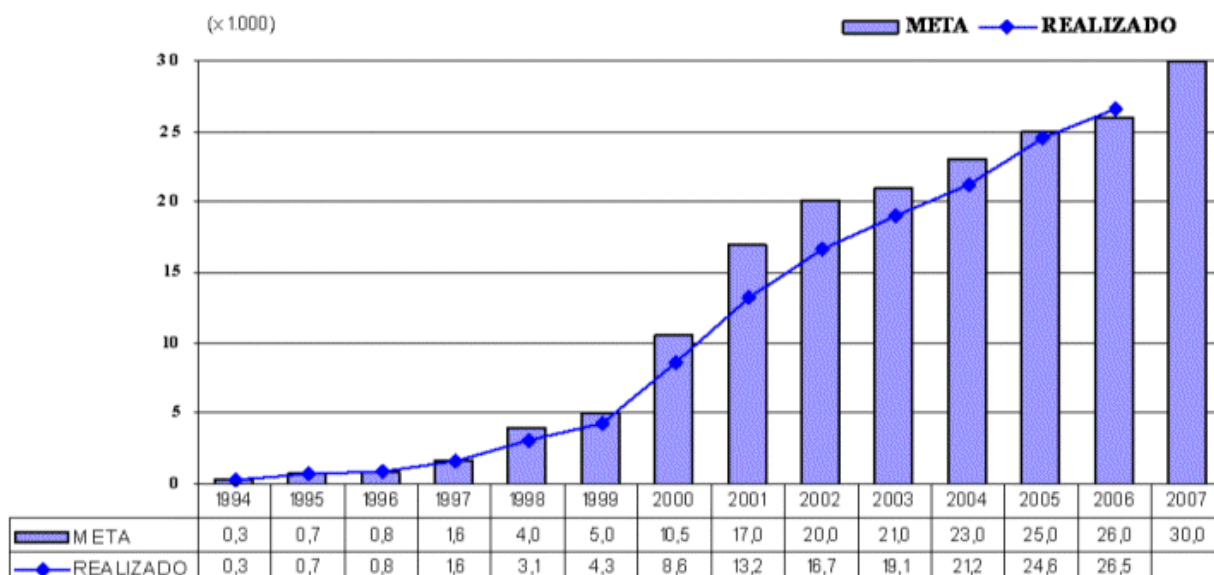


Gráfico 1 - Evolução do número de equipes de saúde da família implantadas e meta prevista, Brasil, 1994-2007. Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Brasil, 2006.

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), no ano de 2005, estavam adscritas ao programa 103.520.586 pessoas, correspondendo a 58,4% da população brasileira. Esse número não indica necessariamente que as pessoas estejam utilizando os serviços oferecidos pelas Equipes de Saúde da Família como sua principal fonte de cuidado a saúde, e sim que, nas localidades onde essas pessoas moram, há equipes de

saúde da família atuando. Mesmo assim, o número dá uma dimensão da amplitude atual dessa política pública.

Vale ressaltar que um estudo realizado por Macinko, Souza e Guanais (2005) atribui impacto significativo da expansão da cobertura de PSF na redução da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1990 a 2002. A alta cobertura de PSF em regiões mais pobres também ajuda a promover maior equidade na distribuição de recursos da saúde, conforme dados do DAB (Brasil, 2006).

Para o presente trabalho, importa caracterizar o PSF como um novo e significativo mercado de trabalho para médicos dispostos a trabalhar em unidades básicas de saúde. Esse mercado tem servido como lastro para a retomada do movimento de Medicina Geral e Comunitária. O PSF corresponde à realização tardia dos desejos dos médicos gerais comunitários presentes no primeiro Congresso da área: a constituição de um mercado de trabalho, dedicação integral, exclusivamente público, com um território definido de atuação.

Pelo fato de o PSF constituir-se em uma retomada da expansão de cobertura, bem-sucedida e com diversos efeitos benéficos para a saúde da população, o sucesso do programa e a legitimidade social por ele conquistada apontam no sentido de sua continuidade e expansão. O discurso oficial do Ministério da Saúde aponta nesse sentido, como pode ser visto na Portaria 648 de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica.

Nos momentos anteriores, o projeto profissional da Medicina de Família fora frustrado pela inexistência de um mercado de trabalho específico para os médicos dessa especialidade (FALK, 2004). O Programa de Saúde da Família despontava como um mercado de trabalho que favoreceria o perfil proposto pelo movimento da MGC. Assim, estaria dado o primeiro passo para a consolidação da especialidade: a possibilidade de se constituir em uma ocupação em tempo integral.

5.3 O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Medicina de Família e Comunidade conquistou recentemente o *status* formal pleno de especialidade médica, através da nova regulamentação da residência na área (Anexo 3) e do reconhecimento pelo CFM e pela AMB. A regulamentação, porém, não é suficiente por si só para afirmar que seu processo de profissionalização esteja completo. O reconhecimento de uma especialidade médica por órgãos corporativos, como o CFM e a AMB, ou sob forte pressão corporativa, como a CNRM, não implica reconhecimento automático pela opinião pública ou delimitação de monopólio ocupacional pelo Estado.

Neste capítulo, desenha-se um retrato da situação atual da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Para tanto, é realizada uma comparação da situação atual dessa especialidade com os passos descritos por Wilensky (1970) para o processo de profissionalização.

5.3.1 TORNAR-SE UMA OCUPAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL

Conforme descrito no capítulo anterior, houve, nos últimos 10 anos, uma expansão significativa do mercado de trabalho para médicos em atenção primária, induzida por uma política pública federal, a estratégia de saúde da família. Essa expansão do mercado foi acompanhada por uma reaglutinação dos médicos gerais e comunitários e pela reativação da SBMGC.

Esse mercado de trabalho, porém, não é exclusivo para médicos especialistas em MFC. O Ministério da Saúde, em seus manuais e portarias, não exige que os médicos das equipes de saúde da família tenham título de especialista ou residência médica em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2001 e 2006).

Algumas prefeituras têm realizado concursos públicos para seleção de médicos para trabalhar no programa de saúde da família. O concurso público realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte em 2006 pontuou, para fins de currículo, a formação específica em Medicina de Família através de residência médica.

Outros municípios, como o de Montes Claros (NARCISO, 2006), têm oferecido pagamentos de salários diferenciados para médicos egressos da residência em MFC ou com título de especialista da AMB/SBMFC.

Há um incipiente mercado de trabalho específico para médicos de família na Saúde suplementar. A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) implementou, em 2003, a sua “estratégia de saúde da família”. De acordo com a empresa, sua equipe de saúde da família é composta por médico de família, técnico de enfermagem, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Há um processo de seleção que valoriza a formação específica em medicina de família e comunidade para os médicos, assim como é oferecido aos participantes um programa de educação continuada e um curso de especialização em medicina de família. Os médicos atendem em consultórios no serviço próprio da empresa. Aos pacientes atendidos nos serviços próprios da empresa é oferecido o benefício imediato de não pagamento da coparticipação nos custos dos procedimentos. Esse mercado, porém, está restrito a menos de 200 vagas (CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL, 2006).

Outra empresa que anunciou recentemente a adoção da “medicina de família” foi a o plano de autogestão multipatrocinado da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN). Esse plano, o Firjan-Saúde, anuncia em seu material de divulgação os seguintes benefícios, relacionados à adoção do programa de medicina de família:

[...] é um plano que age antes mesmo de você precisar dele. Está sempre ao seu lado na prevenção e na recuperação. Também por oferecer algo que nenhum outro plano possui: um médico de família, que dá tratamento personalizado para você. E isso, sem falar na melhoria da qualidade de vida, menor incidência de doenças, no tratamento específico de doenças crônicas... (FIRJAN-SAÚDE, 2006).

Diferentemente do plano da Cassi, há uma valorização específica da figura do médico de família. Também há a diferença em relação à função de porta de entrada. Enquanto a Cassi informa “não será restringido o acesso à rede de credenciados ou aos procedimentos especializados”, o Firjan-Saúde comunica que o acesso a especialistas será feito de acordo com indicação do médico de família.

Não foram encontrados outros comunicados ou anúncios de adoção de “saúde da família” ou “medicina de família” por outros planos de saúde. Dessa forma, o principal mercado de trabalho para médicos de família em termos de número de vagas é o setor público, através do programa de saúde da família. Paiva (2005) estima que há um total de trezentos mil médicos em atividade no país. Assim, as vinte e seis mil equipes de saúde da família (ESF) corresponderiam a vagas no mercado de trabalho em quantidade suficiente para empregar 8,6% de todos os médicos que atuam no país. Esse deve, portanto, ser considerado um significativo mercado de trabalho.

Esses dados apontam que a existência de um mercado de trabalho que permita aos médicos de família se ocuparem da especialidade depende estritamente da política pública para atenção básica. A SBMFC, porém, tem evitado ser diretamente relacionada ao Programa de Saúde da Família, sempre se referindo aos médicos de família como médicos da Atenção Primária à Saúde.

De acordo com Falk (2004), presidente da SBMFC à época:

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em unidades e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, incluindo os do Programa de Saúde da Família (PSF), prestando atendimento médico geral, integral e de qualidade aos indivíduos (FALK, 2004, p. 05).

Mas recentemente, Anderson (2006), atual presidente da SBMFC, em entrevista ao Jornal Estado de São Paulo, respondendo à repórter se o médico de família atuava mais no serviço público, como em programas de saúde da família, ou se ele também está presente no sistema privado, afirmou:

A Medicina de Família e Comunidade, como todas as outras especialidades médicas, tem lugar seja no sistema público, seja no privado.

Na realidade, esta especialidade pode contribuir de maneira eficaz em qualquer tipo de sistema de saúde, otimizando a relação custo-benefício, com alto grau de satisfação dos pacientes e usuários em geral.

Quem experimenta um acompanhamento ou tratamento médico por um médico de família e comunidade bem formado, na grande maioria das vezes, fica bastante satisfeito. As pessoas sentem-se bem cuidadas e acolhidas, têm espaço para colocar suas queixas e problemas e têm à sua disposição um profissional capacitado e interessado em cuidar delas e de seus problemas de saúde.

Muitos setores privados já descobriram isto e estão investindo pesadamente nesse profissional, como é o caso da FIRJAN, no Rio de Janeiro, e da CASSI em vários estados brasileiros.

Obviamente, a implementação da MFC não se dá em detrimento de outras especialidades médicas, ao contrário, deve ser exercida de forma colaborativa (ANDERSON, 2006).

Nota-se que ambos insistem em associar a imagem do médico de família à Atenção Primária à Saúde, incluindo a Saúde da Família como um possível mercado de trabalho, mas não exclusivo. Entretanto, os dados aqui levantados apontam que o mercado de trabalho para médicos generalistas, propiciado pelo PSF, é muito mais significativo em relação ao número de vagas do que o propiciado especificamente para médicos de família pelo setor de saúde suplementar.

A tentativa de descolar a imagem do médico de família do programa de saúde da família pode estar associada a uma tentativa de manter, na SBMFC, a memória dos movimentos de medicina geral e comunitária que a precederam. Isso fica claro quando Falk (2004) afirma que:

Para melhor entender o presente e planejar o futuro, é importante conhecer um pouco do passado, e buscar o aprendizado com as experiências, erros e acertos ocorridos. Usando uma comparação aplicada à Medicina de Família e Comunidade (MFC), pode-se dizer que ninguém inventou a roda nos últimos milênios, mas muitos a aprimoraram. Exemplificando, podemos citar o Programa de Saúde da Família (PSF) e outros projetos surgidos na década de 90 que expandiram e, em parte, aperfeiçoaram experiências anteriores. Infelizmente, o PSF até hoje deixa de aproveitar muito da experiência acumulada em quase 30 anos desta área no Brasil (FALK, 2004).

Como vimos anteriormente, porém, o mesmo autor apontava que o movimento de medicina geral e comunitária enfrentara dificuldades pela falta de motivação, por não haver mercado de trabalho para os especialistas. O referencial teórico assumido por este estudo aponta, portanto, que o processo de consolidação da especialidade foi catalisado pelo Programa de Saúde da Família, que criou um mercado de trabalho para os interessados e permite aos mesmos ter uma identidade entre si como trabalhadores ligados a esse programa.

5.3.2 A CRIAÇÃO DE UMA ESCOLA PROFISSIONAL

A escola médica já é bem consolidada como pré-requisito para o exercício da medicina. A Residência Médica é frequentemente referida como o padrão-ouro em termos de escola profissional para formação de especialistas. Informações sobre as residências médicas no Brasil podem ser obtidas através do sítio eletrônico da CNRM, particularmente as resoluções já publicadas e informações sobre vagas credenciadas.

A residência em Medicina Geral e Comunitária, como foi visto anteriormente, iniciou-se no Brasil em 1976, ligada a programas de saúde comunitária que eram desenvolvidos em algumas regiões do país. Essas residências tomaram impulso em 1980, quando o INAMPS iniciou o PAR-MS/MP/SP – Programa de Apoio à Residência Médica em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública. O objetivo do programa era:

“incrementar o adestramento à nível de (sic) pós-graduação, sob a forma de Residência, de profissionais de saúde para atuarem em cuidados primários de saúde no país, através de treinamento intensivo em serviço, em áreas de práticas resultantes de projeto de integração docente-assistencial” (BUSS *apud* BELISÁRIO, 1993, p. 107).

No ano de 1981, é regulamentado, através da resolução 07/1981 da Comissão Nacional de Residência Médica (Anexo 2), o Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária. O perfil esperado do egresso era o seguinte:

“O médico geral comunitário, formado nos programas de Residência Médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infectocontagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção específica das deficiências nutricionais” (CNRM, 1981).

Esse perfil é compatível com o esperado para os programas de saúde comunitária em desenvolvimento. No entanto, é importante ressaltar a ênfase que é dada a itens característicos de programas de expansão de cobertura de cuidados básicos à saúde de grupos socialmente excluídos: grupo materno-infantil, doenças infectocontagiosas, educação e carência alimentar. A delimitação do campo de atuação de problemas de saúde relacionados à exclusão social aponta a relação entre os programas de medicina geral e comunitária e o movimento de expansão de cobertura a populações pobres e rurais.

Desse modo, as residências também eram alvo das críticas dirigidas à medicina comunitária como um todo: serem desenvolvidas de forma paralela ao sistema de saúde mais amplo, não interagirem com a rede do INAMPS, nem levarem a modificações sistêmicas (CORDONI, 1980). Como se verá posteriormente, o discurso dos defensores da especialidade mudou significativamente nos últimos anos, de modo a tentar se livrar desse estigma.

Durante a década de 1980, porém, ocorreu uma polarização entre os programas de residência em MGC e os programas em Medicina Preventiva Social (MPS). Há, entre os programas, semelhanças nos objetivos e currículos, indicando que esses profissionais disputariam um

mesmo campo profissional. Ambos os programas preveem formação em assistência à saúde, administração de serviços de saúde e epidemiologia. As ações de assistência à saúde previstas para a MPS são as seguintes:

“realização de atividades em programas de cuidados básicos de saúde e/ou outros programas prioritários de assistência médica, tais como saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, saúde mental, doenças degenerativas” (CNRM, 1981).

Nota-se que o escopo atribuído à MPS é mais amplo que o da MGC à época. Enquanto os programas de MGC tinham o foco na prática clínica e gestão de serviços de saúde comunitária, os de MPS tinham uma ênfase na gestão do sistema de saúde como um todo. A tensão entre os dois programas possibilitou que eles tivessem rumos diferentes. Apesar do reconhecimento do Conselho Federal de Medicina e de outras entidades, persistiu a resistência à MGC, prevalecendo um posicionamento mais favorável às residências em MPS (AGUIAR, R, 2003). Devido ao maior ativismo político da corrente da medicina preventiva e social, diversos militantes dessa linha se inseriram de maneira mais orgânica no movimento de reforma sanitária. Isso implicou a ocupação de cargos no aparelho estatal durante a redemocratização do setor saúde (CUNHA & CUNHA, 1998).

Em 1988, o INAMPS exclui os programas de residência em Medicina Geral e Comunitária da lista de especialidades apoiadas pelo PAR. Essa ação implicou o fechamento de alguns programas e a mudança de nome de alguns para MPS, conforme relatado no sítio eletrônico da SBMFC (SBMFC, 2005; FALK, 2004).

Intensificam-se as críticas à MGC, tanto da “corporação médica” e da “Direita” (considerando a área como “Medicina de Comunista”, estatizante) quanto da ABRASCO, dos sanitaristas e da “Esquerda” (entendendo a MGC como a “Medicina de Família americana disfarçada” da época - modelo “saúde pobre para gente pobre”, “tampão social”, etc.). O INAMPS (sob a Presidência do Prof. Hézio Cordeiro, da UERJ e ligado à ABRASCO) corta todas as bolsas de Residência Médica para Medicina Geral Comunitária no Brasil - e só corta bolsas DESTA área. Alguns Programas fecham, outros mudam de nome para Medicina Preventiva e Social para não fecharem, poucos sobrevivem. 3º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária - Ouro Preto - MG. Diretoria da SBMGC sai de Porto Alegre e vai para Belo Horizonte - MG, mas fica com dificuldades operacionais e acaba desativando a SBMGC pouco depois.(FALK, 2004).

Confirmando a afirmação acima, que aponta o fechamento de programas, Feuerwerker (2001), ao estudar a distribuição de vagas em programas de residência médica no período de 1985 a 1998, mostra que o número de vagas em programas de medicina geral e comunitária era inferior a 100 em 1985, tendo diminuído no período estudado.

A residência em Medicina Geral e Comunitária nunca foi considerada área básica pela CNRM. As áreas básicas eram as seguintes: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social. Essa situação é diferente de alguns países, como Cuba, em que a residência em medicina de família, lá denominada medicina geral integral, é o pré-requisito geral para qualquer outra especialidade médica.

Também é importante notar que, diferentemente das demais áreas básicas – excetuada a Medicina Preventiva e Social, que têm a maioria das suas atividades realizadas em ambiente hospitalar –, para a residência em MFC, no mínimo 60% da carga horária deveria ser realizada em “unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em área urbana e rural, centros de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência”. Assim, fica fortalecida a hipótese de que a MFC é uma especialidade predominantemente ambulatorial.

Tendo como cenário uma prática predominantemente extra-hospitalar, a especialidade não conta com a intensa proteção a sua autoridade profissional, fornecida pelo rígido regime hospitalar. Isso traz consigo um conjunto de riscos a sua autoridade profissional enquanto especialidade, pois a atuação do profissional em **esferas institucionais secundárias** é mais passível de interferências e críticas pelos leigos.

A mudança de nome da especialidade para Medicina de Família e Comunidade ocorreu através da Resolução CNRM 05/2002, que a inclui na lista de programas de residência médica passíveis de credenciamento.

A CNRM oferece, através de seu sítio eletrônico na Internet, dados sobre os programas credenciados de cada especialidade, bem como o número de vagas de cada programa. O Gráfico 2 apresenta o total do número de vagas oferecidas em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), no período de 2003 a 2006. A indisponibilidade de dados pode ser atribuída tanto à recente implantação desse sistema de acompanhamento pela Internet quanto pela mudança de nome do programa para Medicina de Família e Comunidade.

Ressaltamos que o número total de vagas se refere a vagas credenciadas para o primeiro ano de residência (R1) e para o segundo (R2), correspondendo, portanto, ao número máximo total de residentes da especialidade no país. Como o programa tem dois anos de duração, o número

de vagas para o primeiro ano corresponde à metade desse total, assim como o número de formados corresponde também à metade. Não há, no *site*, dados referentes a períodos anteriores para essa especialidade.

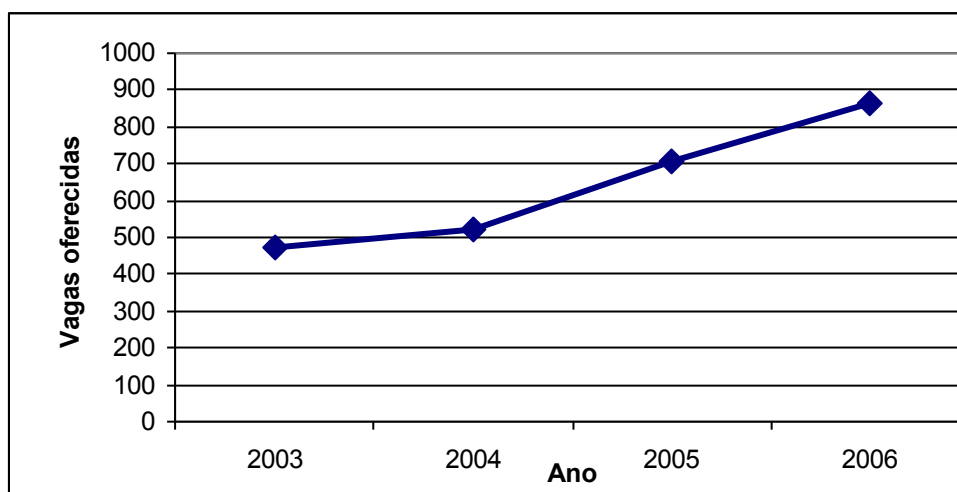


Gráfico 2: evolução do número de vagas (R1 e R2) oferecidas em residências em Medicina de Família e Comunidade, 2003-2006. Fonte: CNRM (2006).

O número de vagas em PRMMFC praticamente dobrou no período, passando de 475, em 2003, para 866 em 2006. Como não há um acompanhamento constante do preenchimento das vagas e da evasão, as estimativas de taxa de ocupação são extremamente variáveis. Para o ano de 2006, o *site* informava que 157 das 433 vagas de R1 oferecidas haviam sido preenchidas, perfazendo 36% do total. Wilensky (1970) aponta que um dos sinais de pujança de um determinado projeto profissional é o fato de o número de candidatos ser superior ao número de vagas. No caso da Medicina de Família e Comunidade, o fato de o número de candidatos ser inferior ao número de vagas pode ser um ponto de fragilidade no projeto profissional.

A relação entre o crescimento do número de vagas em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e a expansão do Programa de Saúde da Família é reconhecida por Anderson (2006), na mesma entrevista citada anteriormente:

No Brasil, apesar de existir desde 1976 e ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, já em 1981, e pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 (com o nome de Medicina Geral Comunitária, mudando para o atual em 2001), ela ficou muito tempo em posição marginal, só ganhando maior visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família, a partir de 1997 (ANDERSON, 2006).

Contudo, há um descompasso entre o número de vagas oferecidas em PRMMFC e as vagas oferecidas no mercado de trabalho para médicos generalistas, mesmo sem levar em conta a baixa taxa de ocupação dos programas. De acordo com o Departamento de Atenção Básica, as meta para o ano de 2007 é aumentar o número de Equipes de Saúde da Família de 26 para 30 mil (BRASIL, 2006). Como a capacidade máxima atual de formação de médicos de família através de residência médica é inferior a 450 por ano, não seria possível preencher essas novas vagas apenas com médicos egressos de residência. Esse descompasso entre demanda de novos médicos para trabalhar em equipes de saúde da família e a capacidade atualmente instalada de formação profissional através de residências fragiliza o argumento corporativo de que somente médicos certificados deveriam atuar nesse mercado.

As diferenças regionais são significativas: as regiões Sul e Sudeste concentram 57,4% da população Brasileira (IBGE, 2005) e 42% das equipes de saúde da família no mesmo ano (DAB, 2006). Porém, elas concentram 81% das vagas de residência em MFC no ano de 2006. Isso indica que a capacidade das residências médicas de formar médicos para atuar no PSF varia bastante de estado para estado. Analisar essas variações em maior detalhe ultrapassa o objetivo deste estudo.

A regulamentação atual para as residências em Medicina de Família e Comunidade foi atualizada na Resolução 02/2005 (Anexo 3), incluindo uma extensa definição da especialidade. Essa definição é a única publicada por algum órgão do poder público, uma vez que, nas resoluções do CFM, as especialidades não são descritas, apenas listadas pelo nome. Considera-se, então, essa a definição oficial de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Neste documento, o médico de família é definido como:

um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de autoaprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais (CNRM, 2005).

É importante notar que, praticamente, todos os conceitos trabalhados até agora em relação à Atenção Primária, à Reforma Sanitária e aos movimentos antecedentes da MFC foram incorporados a essa definição. No entanto, vários desses conceitos também estão presentes nas diretrizes curriculares para graduação em medicina. Essas diretrizes foram estabelecidas pela Resolução 04 do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, em 07 de novembro de 2001.

Art. 3º- O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Essa sobreposição das normas mostra que, de acordo com a regulamentação atual, há pouca diferença entre o perfil esperado de egressos da graduação em medicina. No Anexo 4, o conteúdo dessas duas resoluções, ambas do Ministério da Educação, são comparadas, demonstrando-se não haver diferença significativa entre o perfil previsto pelas diretrizes curriculares e o previsto pela residência em Medicina de Família e Comunidade.

A CNRM regulamentou a residência em Medicina de Família e Comunidade com uma abordagem ampla, análoga à utilizada pela WONCA Europa em 2002, já descrita anteriormente. Como o Conselho Nacional de Saúde também definiu as competências esperadas para o médico com uma lista abrangente, é esperado que haja grande margem de sobreposição. Essa posição é diferente da própria postura da WONCA em 1991, vista anteriormente, que pontuou especificamente os aspectos em que a prática ambulatorial em atenção primária se diferencia das demais especialidades. Como vimos, diferenças semelhantes foram apontadas por Cunha (2005) ao comparar a atuação clínica na atenção básica (ou primária) com a atuação clínica em ambiente hospitalar.

Aponta-se, portanto, que, apesar de a Medicina de Família e Comunidade ter adquirido o *status* de especialidade médica plenamente reconhecida pelas principais entidades reguladoras, a regulação atualmente vigente para a mesma não a diferencia de maneira inequívoca da formação médica em graduação.

5.3.3 CRIAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS LOCAIS E NACIONAIS

As principais entidades profissionais médicas no Brasil, nacionalmente, são os já citados CFM e AMB, acrescidos da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), que é a federação dos sindicatos médicos brasileiros.

Para as especialidades médicas têm-se as sociedades de especialista como principal associação profissional. Uma determinada especialidade pode estar em uma das seguintes situações:

- a) não ter sociedade de especialista, em âmbito local ou regional;
- b) ter sociedade de especialista, somente em âmbito local ou regional, mas não organizada nacionalmente;
- c) ter sociedade de especialista nacional, mas ainda não reconhecida pela AMB;
- d) ter sociedade de especialista reconhecida pela AMB.

É importante lembrar que, conforme descrito acima, a filiação de uma sociedade de especialista à AMB constitui uma etapa de reconhecimento pelo Estado. Isso porque, a partir dessa filiação, os conselhos de medicina passam a reconhecer o título de especialista emanado conjuntamente pela AMB e pela sociedade de especialistas para fins de ética médica.

Em 1981 foi fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, a partir da mobilização de residentes e preceptores dos programas na área. Apesar de ter sido fundada em 1981, em Petrópolis-RJ, ela só entrou efetivamente em atividade em 1985, com a realização de seu primeiro evento. De acordo com Falk (2004),

Em novembro do mesmo ano, um grupo de coordenadores de PRMs e fundadores da especialidade no Brasil (psiquiatras, sanitaristas, clínicos, infectologistas, etc.) fundam a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), com sede em Petrópolis - RJ. Mas essa entidade permaneceu praticamente inativa até 1985, quando, no I Encontro de Residentes e Ex-Residentes de MGC, em Petrópolis - RJ (primeiro evento nacional da área) se decidiu que os médicos formados em residências na área deveriam reativar a SBMFC e se candidatarem a assumir sua Diretoria. A especialidade MGC continuava pouco reconhecida, isolada em poucos PRMs no país e quase sem mercado de trabalho (Falk, 2004).

Nota-se a relação estreita entre a Sociedade e os programas de residência em MGC. Como prevê a sociologia das profissões, as associações profissionais são formadas pelos primeiros praticantes e pelos recém-formados na “nova técnica”. O presidente da entidade era o gaúcho

Ellis Busnello, um psiquiatra do Centro de Saúde Escola Murialdo, que, como vimos, era um dos primeiros programas de residência médica em MGC. (SBMFC, 2006).

Como o próprio autor reconhece, esse movimento encontrou diversas dificuldades. Não contava com o apoio do setor privado, pois este é baseado no cuidado hospitalar e especializado, em que diversas especialidades defendiam seus monopólios ocupacionais. Tampouco contava com o apoio decisivo do setor público, pois era visto por setores do movimento de reforma sanitária como “empobrecido conceitualmente, quando comparado com outros movimentos que lhe precederam, tais como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, além de ignorar a lógica capitalista subjacente ao complexo médico-industrial” (PAIM, 1986, *apud* AGUIAR, D, 1998).

Essa situação se fragiliza ainda mais após uma dissidência interna. Em 1985, parte dos diretores da recém-criada SBMFC abandona a entidade para fundar outra entidade, a Associação Brasileira de Medicina Familiar (ABRAMEF).

Essa dissidência motivou os médicos gerais e comunitários a se reorganizarem nesse mesmo ano. Novamente é realizado um encontro de preceptores e residentes da área, também em Petrópolis – RJ.

No ano seguinte – 1986 – a SBMFC é reativada com uma nova diretoria, sediada na cidade de Porto Alegre, e tendo como presidente João Werner Falk, egresso da residência em MGC do Centro de Saúde Murialdo. A reativação acontece em uma “Assembleia Estadual dos Médicos Gerais e Comunitários do Rio Grande do Sul”. Nessa assembleia, foram discutidos dois pontos de pauta: a criação de uma associação estadual de médicos gerais e comunitários e a eleição da diretoria da SBMGC. Destaca-se o seguinte trecho da ata:

Descartou-se a necessidade da criação de uma Associação Estadual de Médicos Gerais Comunitários, uma vez que a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (sic) tem sua diretoria no estado, e que esta, conjuntamente com o Departamento de Saúde Comunitária da AMRIGS, do qual os Médicos Gerais Comunitários do estado são sócios, constituiriam as entidades aglutinadoras e representativas da categoria (SBMGC, 1986a).

O primeiro Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária é realizado nesse mesmo ano. De acordo com Falk:

Em setembro de 1986, a SBMGC promove o 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária na cidade de Sete Lagoas - MG, onde há intenso e polêmico debate sobre os aspectos conceituais e o nome da especialidade, necessidade de reconhecimento da MGC pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), o perfil do profissional e sua formação, mercado de trabalho, necessidade de implantação de políticas públicas para a APS, entre outros assuntos. Foram convidados palestrantes de diversos matizes conceituais e ideológicos, incluindo os a favor e os contra essa especialidade (sic). No mesmo ano é criada a Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária, com um só número publicado, sendo desativada no ano seguinte.

O relatório final desse Congresso (SBMGC, 1986b) defende a constituição de um Sistema Nacional de Saúde, com princípios muito semelhantes aos que depois vieram a ser incorporados ao SUS: comando único, participação popular, saúde como direito e conceito ampliado de saúde. Também defende que o Médico Geral e Comunitário teria um papel importante nesse sistema, atuando na Atenção Primária. Em relação à identidade do profissional, o relatório traz as seguintes considerações:

O momento exige, portanto, que se defina com clareza o que seja o Médico Geral Comunitário. Para tanto, em primeiro lugar, é necessário distinguir essa especialidade das afins: Medicina Preventiva e Social (MPS) e Medicina de Família (MF).

A MPS e o profissional egresso de seus programas objetivam preferencialmente ações de planejamento e gerenciamento a nível central e/ou regional, dando menor ênfase à prática clínica.

A MF centra sua atuação no núcleo familiar, que constitui (sic) o seu objeto de trabalho. Embora em alguns momentos suas técnicas sejam confluentes com a prática da MGC, mantém tendência nitidamente privatizante, atuando de forma conservadora no campo social. A compreensão restrita do macrosistema prejudica sua atuação transformadora, o que a distancia da MGC na sua concepção atual. Portanto, a distinção entre MGC e MF se fundamenta nas diferenças das práticas sociais, que tornam seus objetivos divergentes.

A MGC propõe um profissional com uma visão do coletivo, o qual é operacionalmente entendido como comunidades geograficamente delimitadas e/ou grupos sociais inseridos em um contexto socioeconômico e político, de cujos conflitos ele tem consciência e no qual se geram os determinantes do perfil de morbimortalidade. A sua abordagem é integral, continuada e participativa e utiliza recursos apropriados para o atendimento das necessidades de saúde das comunidades. [...] É um médico cujo campo de atuação se define pelo setor público, em regime de tempo integral [...] (SBMGC, 1986b).

Destaca-se a proposição de que o MGC seria um profissional voltado para o sistema de saúde público e estatizado que se desejava. Faria contraposição à MF, que teria caráter “conservador” e “privatizante”. A participação de 157 profissionais (SBMGC, 1986c) foi o suficiente para estabelecer a SBMGC como entidade da área. A diretoria eleita nesse congresso contava com o presidente e o vice-presidente eleitos no ano anterior, em Porto Alegre.

A SBMFC consegue, nesse mesmo ano, reconhecimento do CFM como especialidade, através da Resolução 1.232, de 11 de outubro de 1986. Sobre essa resolução é importante notar que ela lista quatro fatores para justificar a relevância do reconhecimento da especialidade: a regulamentação da residência pela CNRM, a existência de programas em “diversas faculdades”, a existência de uma sociedade de especialistas e a experiência em outros países. Como vimos no capítulo 2, os critérios atuais para reconhecimento de uma especialidade são mais rigorosos, exigindo-se que ela tenha, ao mesmo tempo, tanto “relevância epidemiológica e demanda social definida”, quanto um corpo de conhecimento delimitado, distinto das demais especialidades (CFM, 2002) .

Em relação ao reconhecimento pela AMB, a SBMGC não foi bem-sucedida. Além de não reconhecer a medicina geral e comunitária como especialidade, em 1995, a AMB propôs que ela fosse incorporada à especialidade Clínica Médica (ASSOCIAÇÃO GAUCHA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2006).

Em 1987, aconteceu o 2º Congresso Brasileiro de MGC, em Florianópolis – SC, e, em 1988, o 3º, em Ouro Preto – MG. O material obtido desses dois congressos tratava da divulgação dos mesmos, que não foram tão bem documentados como o 1º Congresso. Não foi possível, portanto, analisar relatórios finais, atas ou avaliações. Sabe-se apenas que os dois congressos tiveram programação e temática semelhantes, e estima-se que tenham tido, aproximadamente, o mesmo porte do 1º Congresso.

A SBMGC foi desativada logo após o 3º Congresso, sendo reativada em 1990. Em 1991, é realizado o 4º Congresso Brasileiro da área, porém, em 1994, de acordo com Falk (2004), “pela falta de motivação e de mercado de trabalho para a MGC no Brasil, a SBMFC é desativada por não haver pessoas dispostas a assumirem sua Diretoria”.

Segundo Falk (2004), o movimento dos médicos gerais e comunitários voltou a ganhar força a partir de 1994, motivado pela expansão do mercado de trabalho, propiciada pelo PSF. O autor também atribui estímulo à retomada do movimento de médicos gerais e comunitários a iniciativas por parte do Ministério da Saúde para a formação pós-graduada de médicos para atuar no PSF, como os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para pessoal das equipes de Saúde da Família, o Programa de Interiorização do Trabalho Médico (PITS) e

o surgimento de estímulos à mudança na graduação, como o PROMED – Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas.

Movidos pela expansão do Programa de Saúde da Família, os antigos militantes da Medicina Geral e Comunitária começam a se reorganizar. Com o pretexto de discutirem a “definição do perfil do médico para trabalhar no PSF”, discutem a reserva de mercado para os especialistas na área e a questão da denominação, conforme relata Aguiar, D (1998):

Vale a pena registrar que, em 1997, durante realização do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Águas de Lindoia, São Paulo, um pequeno grupo de médicos gerais comunitários tentou convocar uma reunião para tratar da reativação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, a título de “preocupação com a definição do perfil do médico para trabalhar no PSF”. Durante o encontro, que reuniu cerca de 10 a 12 pessoas, entre as quais dois médicos gerais comunitários do Grupo Hospitalar Conceição, foi discutida a questão da titulação do profissional médico como uma condição importante para trabalhar no PSF e, de novo, tal como no início dos anos 80, reapareceu a polêmica entre os termos “médico de família” e “médico geral comunitário” (AGUIAR, D, 1998).

Em março de 2001, a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária foi reativada. Em abril do mesmo ano, participou do “Seminário Internacional sobre Saúde da Família – Formação, Certificação e Educação Permanente do Médico de Família”, realizado em Fortaleza – CE. A SBMGC é signatária da Carta de Fortaleza, aprovada ao final do encontro.

Nesse documento, os termos Medicina de Família e Medicina Geral e Comunitária são tratados como sinônimos, destoando da posição anterior da SBMFC, em 1986. O termo MGC não aparece no texto separado das expressões “de família” ou “familiar”, apesar de o contrário ocorrer. Em relação ao reconhecimento da especialidade, afirma o documento:

A Medicina de Família é um campo específico de atuação para o médico que trabalha na Atenção Primária de Saúde, possuindo corpo de conhecimento e doutrina próprios, caracterizados por sua abrangência e complexidade, devendo, portanto, ser considerada uma especialidade médica. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO *et al*, 2001).

Também, de acordo com o documento, “a medicina familiar deve ser reconhecida como uma especialidade médica. O nome da especialidade deverá conter a palavra familiar, pois tem a ver com a identidade e o reconhecimento da especialidade.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO *et al*, 2001).

Entre os pontos específicos relacionados à formação e certificação do especialista, destaca-se o indicativo de que a Resolução CNRM 07/1981 deveria ser atualizada e que a SBMFC deveria participar do processo de certificação do especialista.

Seguindo as recomendações da Carta de Fortaleza, a SBMGC debate através de sua lista de discussão por correio eletrônico e realiza uma votação em dois turnos, por meio da Internet, para escolher o novo nome da especialidade: Medicina de Família e Comunidade.

De acordo com Gusso (2003), o objetivo da mudança de nome era “adequar-se à conjuntura do país e reafirmar essa especialidade como a melhor opção em formação dos médicos do PSF” (GUSSO, 2004, tradução nossa). Falk (2006), em comunicação por correio eletrônico à lista aberta de discussões da SBMFC, descreve a opção em maior detalhe:

Lembro ainda que vários nomes concorreram naquela eleição nacional, e que foram para o segundo turno o nome que ganhou (Medicina de Família e Comunidade) e o outro nome era "Medicina Familiar e Comunitária" (o nome da especialidade em quase todos os países de língua espanhola e em muitos outros países). Um dos raros países em que o nome é apenas "Medicina de Família" são os Estados Unidos.

Observem também que os dois nomes mais votados (ou que foram para o segundo turno) são muito parecidos, e, portanto, expressaram a opinião da GRANDE MAIORIA dos eleitores em que houvesse tanto "Família" como "Comunidade" constando no nome.

Mas não vejo problema em, informalmente, se usar o "nome abreviado" de "Medicina de Família", ou apenas a sigla MFC. Lembrem que é raro alguém falar os nomes completos oficiais de muitas outras especialidades, como, por exemplo, "Otorrinolaringologia" (se fala "Otorrino") ou "Endocrinologia e Metabologia" (se fala "Endócrino").

Por último: se fosse mudado o nome para "Medicina de Família" apenas, seria complicado a SBMFC mudar de nome, pois já existe a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (a SOBRAMFA). Mesmo que [...] sem nenhuma representatividade, a SOBRAMFA legalmente existe, tendo sido registrada ANTES da mudança de nome oficial da especialidade de MGC para MFC (FALK, 2006).

Destacamos que Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) é uma sociedade científica sediada no estado de São Paulo e filiada como departamento científico à Associação Paulista de Medicina (APM). De acordo com o *site* da SOBRAMFA, ela é uma “entidade acadêmica, fundada em 1992, em São Paulo, com o objetivo de recuperar a figura do médico de família e estabelecer os fundamentos metodológicos e científicos de atuação deste profissional” (SOBRAMFA, 2007).

Essa entidade disputa com a SBMFC prestígio, apoio e reconhecimento junto aos médicos, autoridades e opinião pública nesse estado. Também disputa espaço com a SBMFC em relação à Organização Mundial dos Médicos de Família – WONCA, pois envia representantes para comunicações orais em congressos internacionais da especialidade (WONCA Europe, 2007) e traduz para o português alguns materiais da entidade internacional (WONCA, 2007). Também disputou com a SBMFC, perante a AMB, o direito de realizar a prova de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, tendo sido preterida.

Também, no ano de 2001, é realizado o 5º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em Curitiba – PR. Apesar da mudança de nome do congresso e da especialidade, a SBMFC manteve a mesma numeração dos congressos anteriores. Nesse mesmo ano é eleita a primeira diretoria da SBMFC com o novo nome. É composta por membros de três estados: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná, seguindo a tradição das residências em MGC nos dois primeiros, e o investimento em formação em Medicina de Família realizado em Curitiba nos anos anteriores (AGUIAR, D, 1998; FALK, 2004).

Em 2002, a SBMFC intensifica a militância por reconhecimento institucional, filiando-se à Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), à Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) e submetendo um pedido de filiação à AMB (FALK, 2004). Também, nesse ano, consegue que a CNRM atualize a Resolução 07/1981, incluindo a Medicina de Família e Comunidade, através da Resolução CNRM 05/2002, na lista de programas de residência médica passíveis de credenciamento.

Como vimos anteriormente, há dois caminhos para se tornar especialista no Brasil: a residência médica e a prova de título de especialista. Reformada a norma para residência médica em medicina geral e comunitária, faltava ainda a filiação à Associação Médica Brasileira. Para que sejam aceitas para registro de título de especialista nos Conselhos Regionais de Medicina, as provas para emissão de título de especialista devem ser homologadas pela AMB. Esta, por sua vez, só homologa provas realizadas pelas sociedades de especialistas filiadas, e só pode haver uma filiada por especialidade. Os pedidos de filiação são avaliados pelo Conselho Científico, formado pelas sociedades de especialistas já filiadas.

Duas associações entraram com pedidos para se filiarem pela especialidade Medicina de Família em 2002: a SOBRAMFA e a SBMFC. A escolha entre elas foi realizada apenas em 2003. De acordo com notícia publicada no sítio eletrônico da AMB, à época:

A escolha entre a SBMFC e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) foi polêmica porque o Conselho considerou as duas sociedades complementares, já que a SOBRAMFA, hoje um departamento da Associação Paulista de Medicina (APM), se volta, prioritariamente, para a formação do profissional de medicina de família e comunidade, ao passo que a SBMFC se destaca pelo caráter associativo (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2003).

A escolha pela SBMFC deveu-se ao “caráter associativo da SBMFC, pela sua representatividade junto a organizações internacionais e pela organização da sociedade, que já conta com federadas em sete estados, ela se aproxima mais dos propósitos da AMB”. Foi proposta também a incorporação da SOBRAMFA à SBMFC como um departamento de graduação e pós-graduação, mas essa sugestão não foi aceita pelas entidades.

A filiação à AMB não transcorreu sem oposição. Em março de 2004, o Jornal da Sociedade Brasileira de Pediatria trazia um editorial intitulado “Posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria quanto à oficialização da Medicina de Família e Comunidade como especialidade”. Nesse documento, defendia que a especialidade deveria ter um treinamento em cuidados infantis equivalente, no mínimo, ao primeiro ano de residência em Pediatria. Afirmava que, caso assim não fosse, se propiciaria uma atenção à saúde desqualificada. Ressaltava ainda:

Contudo, se a maioria do Conselho Científico da AMB vier a aprová-la, a SBP sustenta que o âmbito de atuação do novo especialista, no que tange ao atendimento médico de crianças e adolescentes, deverá limitar-se ao Programa de Saúde da Família e/ou outras atividades profissionais em cujo exercício não haja incursão no campo de atuação do pediatra ou, ainda, em caráter excepcional, nos locais em que não haja disponibilidade de pediatras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2004).

A nota termina ressaltando que o médico de família e comunidade poderia servir para implementação do *managed care* no Brasil, ao qual o CFM e a AMB seriam opositores. Apesar disso, a especialidade foi reconhecida pela AMB, e a primeira prova de título foi realizada em abril desse mesmo ano, no 6º CBMFC, no Rio de Janeiro. Esse Congresso foi muito importante tanto pela realização da prova de título, quanto pelo respaldo conferido à sociedade pelo seu grande público, de mais de mil participantes.

Os editais 1 e 2 para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade haviam sido homologados pela AMB em dezembro de 2003. O primeiro edital, de proeficiência, titularia médicos formados em residências em medicina geral e comunitária e com experiência como preceptores em residências de MGC através de prova de títulos, ou seja, análise de currículo (SBMFC, 2003).

O segundo edital titularia médicos aprovados em uma prova de conhecimentos teóricos e análise de currículo. O candidato teria de atender a um dos pré-requisitos: conclusão de programa de residência em MFC/MGC ou experiência profissional na área. A experiência profissional deveria ser de três anos, ao menos 20 horas por semana, em atividades docentes e/ou assistenciais, envolvendo as áreas temáticas de saúde da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, da mulher, saúde mental e saúde coletiva.

De 2003 até o presente, foram realizados mais dois Congressos Brasileiros de Medicina de Família e Comunidade: o sétimo, em maio de 2005, em Belo Horizonte – MG, com cerca de 1200 participantes, e o oitavo, em junho de 2006, em São Paulo – SP, com cerca de 1500 participantes. Foram realizadas também mais três provas de título: uma em cada Congresso e uma descentralizada, acontecendo simultaneamente em 10 cidades.

Mais um passo em direção à consolidação da especialidade estava dado. A Sociedade de Especialistas conseguiu o reconhecimento formal dos órgãos reguladores, ampliou significativamente o público de seus congressos, ganhou o poder para titular os especialistas na área e consolidou-se como uma federação de associações estaduais.

De acordo com Machado (1997), 98% dos médicos são filiados a Sociedades de Especialistas. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB) aponta a existência de 26.500 equipes de saúde da família em 2006. Não há dados disponíveis sobre o número de médicos do PSF filiados a cada sociedade de especialistas. Contudo, uma vez que, para qualificar a equipe de saúde da família é necessário que ela esteja completa – portanto, que conte com um médico –, pode-se perceber que o número de médicos ligados ao Programa de Saúde da Família é muito superior ao número de filiados à SBMFC.

Outro dado importante sobre a consolidação da SBMFC é a realização da prova de título para especialista em Medicina de Família e Comunidade. Com a realização dessa prova, a sociedade passa a se consolidar como entidade certificadora de titulação para o exercício da especialidade.

Até o presente foram realizadas cinco provas de título. A primeira foi realizada no VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, no Rio de Janeiro, em 2004, através de dois editais: o primeiro de proficiência, e o segundo por meio de prova escrita. A segunda prova de título (terceiro edital) foi realizada em Belo Horizonte, em 2005, durante o VII Congresso. No segundo semestre deste mesmo ano, realizou-se uma prova multicêntrica, ou seja, aplicada em várias cidades simultaneamente. A mais recente prova de título foi realizada em 2006, durante o VIII Congresso, em São Paulo.

O Gráfico 3 mostra o crescimento de número de médicos titulados através da prova para título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), de 2003 a 2006.

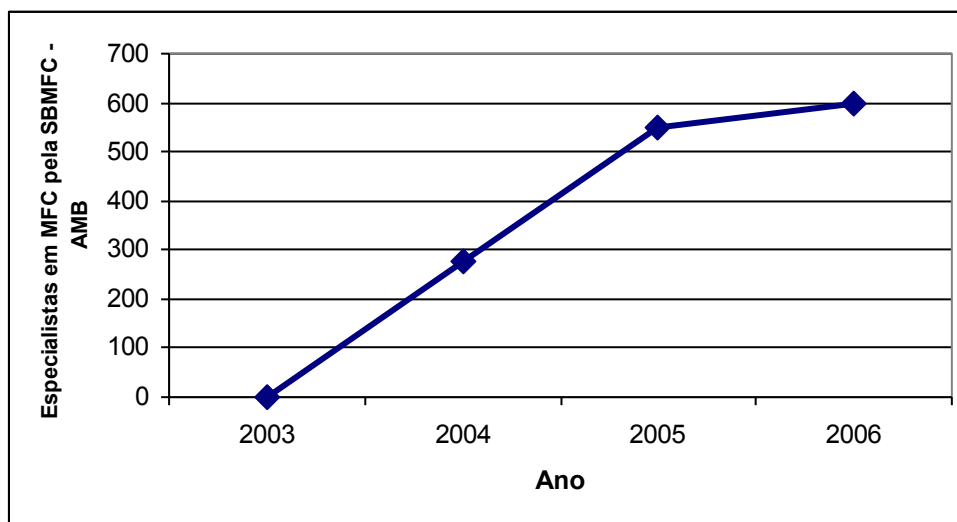


Gráfico 3: Somatória cumulativa do número de médicos titulados em MFC pela SBMFC-AMB, de 2004 a 2006. Fonte: SBMFC (2006).

É importante notar, porém, que o Gráfico 3 aponta o número de médicos titulados cumulativamente. Em 2006, o número de médicos titulados, 50, foi inferior ao dos dois anos anteriores: 277 em 2004, e 272 em 2005.

Há também uma concentração regional do número de titulados: 21,5% encontram-se na região Sul do país; 18,5%, na região Sudeste; 6,8% na região Nordeste; e apenas 1,8% na Centro-Oeste e 1,3% na Norte.

Dessa forma, pode-se apontar que há um movimento crescente de consolidação da SBMFC. Porém, a SBMFC ainda está longe de incorporar como sócios todos os médicos inseridos na Atenção Primária no país. Apesar do avanço da realização da prova de títulos, persiste a concentração regional de especialistas titulados nas regiões Sul e Sudeste, seguindo o padrão anterior de concentração de vagas de residência nessas regiões.

5.3.4 CONSEGUIR RECONHECIMENTO DO ESTADO

A profissão médica é regulamentada no Brasil desde 1953, e tem prerrogativas exclusivas atribuídas em diversas leis e decretos. Em relação às especialidades médicas, como vimos no Capítulo 1, o Conselho Federal de Medicina e a Comissão Nacional de Residência Médica são os órgãos reguladores, sendo algumas prerrogativas compartilhadas com a Associação Médica Brasileira.

Retoma-se agora, brevemente, a sequência de regulamentações que reconhecem a especialidade. A primeira regulamentação da especialidade no Brasil é a dada pela Resolução CRNM 07/1981, que regulamentou a residência médica em medicina geral e comunitária. Em 1986, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a especialidade.

Com a mudança do nome em 2002, a especialidade é novamente regulamentada em relação à residência médica na Resolução 05/2002. O reconhecimento pelo CFM é automático, por intermédio da Comissão Mista de Especialidades, através da Resolução 1.634, no mesmo ano.

Ainda faltava a filiação à Associação Médica Brasileira, que permite a realização de provas de título de especialista. Como foi visto, essa filiação foi postergada pela disputa com a SOBRAMFA, sendo autorizada pelo conselho científico da AMB apenas em dezembro de 2003.

Portanto, em 2003, a Medicina de Família e Comunidade conquistou *status* pleno de especialidade. Apesar disso, o principal fator que impede o reconhecimento desse *status* pelo Estado é a presença de regulamentação que coíba o trabalho dos não-especialistas na área. Isso ainda não ocorreu, uma vez que o Programa de Saúde da Família não restringe a contratação de médicos de qualquer especialidade.

Apesar de não restringir o mercado de trabalho, o Ministério da Saúde estabeleceu portarias específicas para o financiamento de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade. A Portaria 1.143, de 07 de julho de 2005, estabelece mecanismos para pagamento de bolsas para residente, preceptor, tutor e orientador de serviço. Já a portaria 649 estabelece recursos para investimento em infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde que recebam residentes dessa especialidade.

Essas portarias são relevantes porque apontam que Ministério da Saúde já reconhece e financia especificamente o desenvolvimento dessa especialidade médica. Ou seja, o reconhecimento e a valorização da especialidade sob essa denominação não foi apenas dos municípios que passaram a incluir entre os critérios de seleção de profissionais a formação específica na área, mas também em nível federal.

Esses dados apontam no sentido de um crescente reconhecimento da especialidade, que hoje é mais reconhecida, regulamentada e financiada do que o foi no passado.

5.3.5 ESTABELECIMENTO FORMAL DE UM CÓDIGO DE ÉTICA

Não há códigos de ética com valor legal para cada especialidade em separado, sendo utilizado como referência o “Código de Ética Médica”, de 1986, estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina. De modo complementar, as sociedades de especialistas, por vezes, publicam documentos com orientações sobre o exercício da especialidade e os valores ou diretrizes da mesma. No sítio eletrônico da SBMFC, há indicação de alguns documentos que discutem os princípios gerais da especialidade, dentre os quais destacamos a “Definição Europeia de Clínica Geral e Medicina Familiar”, da WONCA – Europa, e o relatório final do “The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community”, projeto que é financiado por um consórcio de sete entidades nacionais de medicina de família nos Estados Unidos. Há também a indicação para leitura de um artigo de Sant’Anna (2004), que trata de princípios da especialidade, utilizando como base os princípios do Colégio Canadense dos Médicos de Família e abordando algumas questões de conteúdo ético, por exemplo, se o médico de família deve sair da unidade para realizar atendimento domiciliar ou se deve priorizar os atendimentos na Unidade Básica de Saúde.

Em entrevista ao jornal Estado de São Paulo, publicada na segunda-feira, 08 maio de 2006, a presidente da SBMFC, Profa. Maria Inez Padula Anderson, afirma que:

Cabe ao médico de família e comunidade, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário. Quando necessário, o médico de família encaminha o paciente sob seus cuidados a outros profissionais de saúde ou a outros níveis do sistema, mas não perde o vínculo e o contato com ele (ANDERSON, 2006).

Nesse momento, a presidente da SBMFC utiliza, basicamente, os mesmos princípios da Atenção Primária cunhados por Starfield (2002) para definir quais seriam as atividades do médico de família e comunidade.

O Quadro 5, a seguir, sintetiza a situação atual da Medicina de Família em relação ao processo de profissionalização de Wilensky, a partir das discussões anteriores.

Etapas para profissionalização	Situação da Medicina de Família no Brasil
1. Tornar-se atividade em tempo integral	O PSF constitui-se em um mercado de trabalho para médicos interessados em trabalhar em atenção primária, mas a certificação em Medicina de Família não é necessária. O mercado de trabalho na saúde suplementar ainda é incipiente.
2. Criação de escolas profissionais	O número de vagas em programas de residência médica saltou de 237, em 2003, para 433, em 2006. Mas, em 2006, apenas 157 (36%) das vagas foram preenchidas. Ainda assim, o número de vagas é insuficiente para atender a demanda de preenchimento e expansão de vagas no PSF.
3. Criação de uma associação profissional	O número de filiados à SBMFC saltou de cerca de 300, em 2003, para mais de 2000 atualmente, e diversas associações estaduais foram fundadas, já estando sete delas filiadas; 599 médicos foram titulados especialistas em MFC através da SBMFC – AMB.
4. A profissão é regulamentada	A MFC se enquadra nas regras da CNRM e da AMB para residências e titulação via prova, respectivamente. Mas nem a residência nem a certificação são necessárias para trabalhar no PSF.
5. A profissão estabelece um código de ética próprio	A MFC brasileira tem utilizado, como referência, definições internacionais, como a Canadense ou a da Wonca Europa.

Quadro 5: O processo de profissionalização da MFC no Brasil. Elaboração própria.

6 CONCLUSÃO

Frequentemente, na lista de discussões por correio eletrônico da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, é utilizada a expressão “transição”, como se a especialidade estivesse caminhando em alguma direção conhecida ou como se, em alguns anos – ou décadas –, ela viesse a estar consolidada. Sampaio (2004) também usa essa expressão para se referir à etapa de implementação do PSF na qual se encontra o Brasil.

Que transição seria essa e o que significaria estar consolidada? Os palestrantes internacionais presentes ao seminário sobre formação e certificação do médico de família, realizado em 2001, em Fortaleza (BESSA & PENAFORTE, 2001), foram unânimes: a consolidação da medicina de família demora décadas e, inevitavelmente, passa por um período de certificação dos profissionais que já estão trabalhando na Atenção Primária. Uma vez certificados os profissionais que já atuam, pode-se passar a exigir residência médica na área para as novas contratações.

A presidente da SBMFC, na já citada entrevista ao Jornal Estado de São Paulo (ANDERSON, 2006), perguntada se acreditava que a MFC estava desenvolvida no Brasil, usa como referência a experiências em outros países:

[...] muitas nações desenvolvidas vêm investindo cada vez mais na Atenção Primária à Saúde. Países como Portugal, Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda consideram e adotam o especialista em medicina de família e comunidade (com diferentes denominações) como o profissional médico central da atenção primária à saúde, com excelentes resultados. Na Inglaterra, mais da metade dos médicos do país são General Practitioners (denominação local da medicina de família), no Canadá e em Cuba representam cerca de 60%, e na Holanda somam mais de 35%.

[...]

Se considerarmos apenas o Programa de Saúde da Família, existem hoje cerca de 27.000 médicos desenvolvendo práticas de medicina de família e comunidade, ainda que muitos não sejam especialistas na área (ANDERSON, 2006).

Em todos os países citados, à exceção de Cuba, é exigida a formação específica em Medicina de Família para que o médico possa trabalhar como generalista. Na Comunidade Europeia são exigidos três anos de residência e, no Canadá, dois anos (BESSA & PENAFORTE, 2001).

De acordo com essa entrevista, seria essa a imagem-objetivo: o médico de família e comunidade como profissional central da APS. Em 2005, a SBMFC elaborou o seu “Projeto de expansão da residência em Medicina de Família e Comunidade”. Nesse documento, a entidade é mais incisiva na defesa de seu território profissional:

A reforma do setor saúde teve um grande impulso quando o Estado Nacional definiu-se por estabelecer a Atenção Primária como base de estruturação do SUS através da Estratégia da Saúde da Família. Entretanto, nos primórdios da Reforma Sanitária, como um dos paradoxos da Saúde brasileira, realizou-se um desmonte da maioria dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (então denominada medicina geral comunitária). O médico especialista do cenário da Atenção Primária, desde então, passou a ser formado em escala ainda mais reduzida do que antes. Sua carência passaria a ser evidente com a expansão da Saúde da Família. Médicos especialistas focais de órgãos, sistemas, gêneros e faixas etárias assumiram tarefas do cuidado integral para o qual não foram preparados. Isto ocasiona importante carga de sofrimento para os próprios médicos, para as equipes e a população (SBMFC, 2005).

Desse modo, é possível caracterizar claramente o projeto profissional da Medicina de Família e Comunidade no referencial teórico da sociologia das profissões. Esse projeto profissional objetiva o estabelecimento da Atenção Primária como monopólio ocupacional da especialidade e, como vimos anteriormente, utiliza-se dos passos previstos por Wilensky para avançar nesse projeto.

Entretanto, não é esse o único caminho possível. Apesar da crítica aos “especialistas focais em faixas etárias”, Starfield (2002) inclui entre os profissionais da Atenção Primária os médicos de família pediatras e internistas. Não há motivo também para acreditar que geriatras não pudessem vir a ser incluídos nessa lista. A discussão sobre Atenção Primária e a sua defesa é pauta da entidade nacional dos internistas nos Estados Unidos (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2006). Nos EUA, o gerenciamento de doenças (*disease management*) foi assumido em algumas organizações de manutenção de saúde (*Health Maintenance Organizations – HMO*) por outros especialistas que não os médicos de família. É possível que, no setor de saúde suplementar brasileiro, a coordenação de cuidados seja exercida inicialmente por outros especialistas que não os médicos de família, devido a fatores como: a tradição do setor, os recursos humanos já contratados ou conveniados e a própria escassez de médicos de família no mercado.

Este estudo aponta, portanto, que há no Brasil um processo de consolidação em andamento para a especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Porém, esse processo, apesar de ter conquistado espaço em diversas instâncias formais, ainda está em estágio

bastante incipiente em termos de consolidação de espaço no mercado de trabalho. No estágio em que se encontra, não é possível também delimitar o grau de sucesso que ele irá atingir. Não há como saber, por exemplo, se nos próximos anos, a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria de que a especialidade fique restrita ao PSF – como é hoje, de forma predominante – será atendida pelos Planos de Saúde de modo geral. Também é impossível saber em quanto tempo passará a ser exigida titulação em Medicina de Família e Comunidade para que se possa atuar no Programa de Saúde da Família, podendo mesmo essa exigência nunca vir a ser implementada.

Hoje, os médicos titulados em MFC têm uma ligeira vantagem em relação aos não titulados em especialidade alguma. Podem vir a ser preceptores de programas de residência na área, que, como foi visto, estão em expansão. Podem, também, vir a ser docentes em cursos de especialização em Saúde da Família, nos quais também se espera expansão com a implantação da Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família – iniciativa do Ministério da Saúde para formação na área. Finalmente, os médicos titulados podem contar com alguns pontos adicionais na avaliação de seu currículo para alguns concursos públicos, a fim de trabalharem como médicos generalistas no PSF.

Se essa ligeira vantagem virá a se transformar em privilégios e exclusividade, não podemos dizer. Seriam necessários estudos mais aprofundados, avaliando-se como os gestores de recursos humanos em saúde veem essa questão e analisando a evolução das vagas no mercado de trabalho para médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, assim como acompanhar o número de médicos titulados e de vagas de residência e ocupação das mesmas. A lista de discussão por correio eletrônico da SBMFC, que conta com cerca de 600 associados e dezenas de *e-mails* por mês, também é uma potencial fonte de informação sobre os pensamentos e movimentos desses médicos. Provavelmente, as categorias aqui levantadas podem ser adaptadas para se analisar o conteúdo das discussões que ocorrem nessa lista, um espaço singular em que profissionais, academia e corporação estão em constante contato.

Vários dos dados analisados sumariamente neste trabalho, como números de vagas no mercado de trabalho, número de vagas e taxa de ocupação de residências médicas, número de médicos associados à SBMFC, número de médicos titulados através de prova são desagregáveis para cada unidade da Federação. Assim, é aberta a possibilidade de se analisar, de modo mais detalhado, o processo de constituição da especialidade em cada região ou

estado brasileiro. Esses dados podem vir a apontar que as diferenças regionais são significativas, com relações possíveis entre a qualificação dos profissionais e sua fixação nas Equipes de Saúde da Família, temas que têm preocupado os gestores de recursos humanos em saúde.

O que fica constatado até agora é que os médicos de família, cada vez mais, têm-se organizado e ganhado espaço. Até que ponto eles terão sucesso em seu projeto profissional? O tempo e futuros estudos responderão a essa pergunta.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, R.A.T. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFMG. Belo Horizonte, MG, março de 2003.
2. AGUIAR, D. S. A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, outubro de 1998.
3. ATUN, R. A experiência da Inglaterra. IN: BESSA, O.; PENAFORTE, J. Org. Médico de família: formação, certificação e educação continuada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.163 p.
4. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. The Impending Collapse of Primary Care Medicine and Its Implications for the State of the Nation's Health Care. Disponível em: http://www.acponline.org/hpp/statehc06_1.pdf. Acesso em: 20 dez. 2006.
5. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Notícias da AMB: SBMFC integra Conselho Científico da AMB. Disponível em: http://www.amb.org.br/inst_noticias_amb_template.php3?pagina=not_031126_01. Acesso em: 08 jan. 2007.
6. BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. IN: Bauer, Martin W., Gaskell, George. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
7. BBC News. In Depth: State of NHS. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/spl/hi/guides/456900/456959/html/n1page1.stm>. Acesso em: 15 nov. 2006.
8. BELISÁRIO, S.A. Médico-sanitarista: as muitas faces de uma ocupação. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1993.
9. BESSA, O.; PENAFORTE, J. Org. Médico de família: formação, certificação e educação continuada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.163 p.
10. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decswebp2006.htm>. Acesso em: 10 out. 2006.

11. BRASIL, Ministério da Saúde. Guia prático do programa de saúde da Família. Brasília: Editora MS, 2001. Disponível em:
<dtr2001.saude.gov.br/bucal/Publicacoes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 09 set. 2005.
12. BRASIL. Decreto n. 80.281, de 05 set. 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em:
<<http://www.abrasco.org.br/Residencia/Residencia.htm>>. Acesso em: 04 de out 2005.
13. CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. Saiba tudo sobre a Estratégia Saúde da Família. Disponível em:
http://www.cassi.com.br/estrategia_assistencial/esf.asp#14. Acesso em: 12 dez. 2006.
14. CAMPOS, Francisco Eduardo de. Considerações sobre a residência de medicina preventiva e social na atual conjuntura brasileira. Boletim da Abrasco. Número 76. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol76/bol76part1.htm>. Acesso em: 24 nov. 2006.
15. CAMPOS, Francisco Eduardo; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Permanente. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-141, ago. 2001.
16. CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION - CHSRF. Myth: Seeing a nurse practitioner instead of a doctor is second-class care. IN: Mythbuster - A series of essays giving the research evidence behind Canadian healthcare debates. Número 8. Disponível em: <http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth8_e.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2005.
17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232, de 11 de outubro de 1986. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.
18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.286/89. Disponível em:
<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.
19. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.288/89. Disponível em:
<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.
20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.441/94. Disponível em:
<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.
21. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.455/95 Disponível em:
<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.

22. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1634/2002. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 04 out. 2005.
23. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu>>. Acesso em: 24 out. 2005.
24. CUNHA, J.P., CUNHA, R.E., Sistema Único de Saúde - Princípios. In: Campos, F.E. *et al.* Planejamento e gestão em saúde. Cadernos de Saúde, Coopemed-BH, 1998; 1: pp. 13-25.
25. DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e Sociedade: os médicos e seu mercado de trabalho, São Paulo: Pioneira, 1977.
26. DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
27. FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: histórico e Perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n. 1, p. 05-10, abril 2004.
28. FIRJAN Saúde. Perguntas e respostas. Disponível em: http://www.firjansauade.com.br:8008/firjansauade/firjansauade.nsf/paginas/publico&perguntas_respostas. Acesso em: 12 dez. 2006.
29. FREIDSON, E. Professionalism, The Third Logic. University of California Press. São Francisco, EUA, 07 jun. 2001.
30. FOLHA DE S. PAULO. Em greve, residentes pedem salário e descanso. Caderno Cotidiano, p. C6, 13 nov. 2006. Empresa Folha de São Paulo S/A. São Paulo, SP.
31. FUTURE OF FAMILY MEDICINE PROJECT LEADERSHIP COMMITTEE. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. Disponível em: http://www.annfammed.org/content/vol2/suppl_1/index.shtml. Acesso em: 3 jul. 2004.
32. GIOVANELLA, Ligia. Primary care in European Union countries: configurations and organizational reforms in the 1990s. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2006.

33. GREEN, Larry A; FRYER, George E; YAWN, Barbara P; LANIER, David; DOVEY, Susan M. The ecology of medical care revisited. New England Journal of Medicine.vol. 344, n. 26. 28 jun. 2001. New York
34. GUTIERREZ, C.; SCHEID, P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery. 2002. IN: Primary Care Symposium, University of California. Anais, volume 29. São Diego, Califórnia, Maio de 2002. Disponível em:
<<http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/foundationgutierrezpaper.Par.0001.File.tmp/foundation-gutierrezpaper.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2006.
35. HORROCKS, Sue; ANDERSON, Elizabeth; SALISBURY, Chris. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. British Medical Journal, vol.324. Londres, 06 abr. 2002. Disponível em:
<<http://www.phc.bris.ac.uk/phcdb/pubpdf/pubs/57.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2005.
36. JONHSON, Terry. Profissões Liberais. In: OUTHWAITE, Willian; BOTTOMORE, Tom. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996, p. 612-614.
37. LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.
38. MACHADO, M.H.; BELISÁRIO, S.A. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A.M. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
39. MACHADO, MH; COELHO, EC. Os Médicos e sua Prática Profissional: as Metamorfoses de uma Profissão. Tese de Doutorado em Sociologia. Sociedade Brasileira de Instrução - SBI/IUPERJ. Rio de Janeiro, Brasil, 1996.
40. MACHADO, M. H. ; REGO, S. ; PINTO, L. F. S. ; OLIVEIRA, E.S ; BRAGA, M. L. S. ; PEREIRA, S.R. ; SERTÃ, F. ; LOZANA, J. Os Médicos no Brasil - Um Retrato da Realidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p.
41. MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões: uma abordagem teórica. In: SEMINÁRIOS DE POLÍTICAS DE SAÚDE E PLANEJAMENTO III, 2005, Belo Horizonte.
42. LARSON, MS. The rise of professionalism: A sociological analysis. University of

- California Press. Berkley, EUA, 1977.
43. MARINHO, Marcelo J.M.C. Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI/DN/DPEA, 1986.
 44. NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Unicamp. Campinas, SP, 2002.
 45. NORONHA, J. C. de *et al.* Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária. A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Saúde pública, S. Paulo, 11: 429-43, 1977.
 46. PAIVA, Eleuses. Portal da Associação Médica Brasileira. São Paulo. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=462&portal=>>. Acesso em: 24 out. 2005.
 47. PRAZERES, Luiz. Pesquisa Científica - produção de textos científicos. In: SEMINÁRIOS DE POLÍTICAS DE SAÚDE E PLANEJAMENTO III, 2005, Belo Horizonte.
 48. PUGNO, Perry A. The future of family medicine project. Annals of the Wonca Europe 12th Regional Conference. Florença, Itália. 27-29 de agosto de 2006.
 49. SAMPAIO, Luis Fernando R. O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para Discussão. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. CONASS Documenta, 7, Brasília, 2004. Disponível em: http://www.conass.org.br/paginas/conass_documenta.php. Acesso em: 04 maio 2005.
 50. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Relatório Final de Gestão. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/not/download/Relatorio%20final%20gestao%20sbmfc.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2007.
 51. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Ata da Assembleia Estadual 02/86 dos Médicos Comunitários do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1986. Mimeo.
 52. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Relatório Final do 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária. Sete Lagoas, Minas

- Gerais, 1986. Mimeo.
53. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Avaliação do 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária. Sete Lagoas, Minas Gerais, 1986. Mimeo.
54. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Informativo do 2º Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária. Florianópolis, Santa Catarina, 1987. Mimeo.
55. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Informativo do 3º Congresso Brasileiro de MGC. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1988. Mimeo.
56. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA. Estatuto SBMFC - 2ª reforma - abril 2004. Doc disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/sbmfc/Estatuto%20SBMFC%20-%202%C2%AA%20reforma%20-%20abril%202004>. doc. Acesso em: 08 dez. 2006.
57. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia – Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2005, 2.ed.
58. STARR, Paul. La transformación social de la medicina em los Estados Unidos de América. Cidade do México, México: Biblioteca de la Salud - Fondo de Cultura Económica, 1991.
59. THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. Standarts for accreditation of residency training programs. Disponível em: www.cfpc.ca. Acesso em: 07 jul. 2004.
60. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – CAMPUS RIBEIRÃO PRETO. Edital de processo seletivo para residência médica 2007. Disponível em: <http://www.unaerp.br/main.php?module=noticia&file=detail&canalId=1¬iciaId=668>. Acesso em: 01 dez. 2006.
61. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Edital Abertura nº 29/2006. Disponível em: <http://www.dgrh.unicamp.br:8080/concurso/action/VerEdital?concurso.anoCon=2006&concurso.numCon=29&edital.tipEdi=1&edital.seqTip=1>. Acesso em: 29 nov. 2006.
62. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC. Edital de 18 de janeiro de 2006 - concursos públicos. Diário Oficial da União. Seção 3, nº 14, quinta-feira, 19 de janeiro de 2006.

63. WEBER, Marx. Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991.
64. WILENSKY, Harold L. The Professionalization of Everyone. In: Grusky, Oscar e Miller, George A. The sociology of organizations. London: Colher, Macmillan, 1970.
65. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS - WONCA - EUROPA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Disponível em: www.sbmfc.org.br. Acesso em: 07 jul. 2004.
66. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS - WONCA. POEMs em Português. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/education/poems%20in%20portuguese/poems_Portuguese.asp. Acesso em 06 jan. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – DOCUMENTOS ANALISADOS

Ministério da Saúde

- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 1996 (NOB-96).
- Manual de Organização da Atenção Básica, de 2001.
- Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria 648/2006.
- Entrevista do Ministro da Saúde ao Jornal Interativo, da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, em 2006.

CNRM

- Resolução CNRM 07/1981 - Regulamenta o Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária.
- Resolução 02/2005 - Normas gerais para funcionamento da CNRM e dos programas de residência médica.
- Resolução 02/2006 - Normas vigentes para os programas de residência médica de cada especialidade, incluindo a Medicina de Família e Comunidade.

Associações profissionais

- Ata da Assembleia Estadual 02/86 dos Médicos Comunitários do Rio Grande do Sul;
- Relatório Final do 1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária;
- Informativos do 2º e 3º Congressos Brasileiros de MGC;
- Carta de Fortaleza, assinada pela SBMGC durante o Seminário Internacional: “Médico de Família: formação, certificação e educação continuada”, realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, em 2001;
- Um breve histórico da MFC no Brasil, disponível no sítio eletrônico da SBMFC;
- O Programa do VII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), realizado em maio de 2005 em Belo Horizonte – MG;
- A Carta do VII CBMFC, aprovada em sua plenária final;
- O Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade, de 2005;
- Os editais 1, 2, 3, 4 e 5 da prova de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC).

ANEXO 2 – RESOLUÇÃO CNRM 07/1981

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 1.º Incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas referidas no art. 1.º da Resolução n.º 01/81.

§ 1.º Fica revogado o art. 9.º da Resolução n.º 08, de 15/10/79.

§ 2.º Fica revogado o parágrafo único do art. 2.º da Resolução n.º 08, de 15/10/79.

Art. 2.º Os programas de Medicina Geral Comunitária terão a duração de dois anos, com carga horária anual mínima de 2.800 horas e máxima de 3.200 horas.

Art. 3.º O programa de Medicina Geral Comunitária deverá ser organizado, de forma a ter cerca de 80/90% de sua carga horária em atividades de treinamento em serviço sob supervisão, destinando-se o restante da carga horária a atividades didáticas complementares.

Art. 4.º As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas através dos seguintes meios e formas:

- a) atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer – um mínimo de 15% da carga horária total;
- b) atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e urbanas, centros de saúde ou unidades mistas de saúde – um mínimo de 40% da carga horária total;
- c) atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades ou especializados – um mínimo de 10% da carga horária total.

Parágrafo único. As atividades a que se referem os itens acima incluem, de forma prioritária, o cuidado médico individual e coletivo.

Art. 5.º O médico geral comunitário, formado nos programas de Residência Médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infectocontagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção específica das deficiências nutricionais.

§ 1.º As atividades de Assistência Médica, compreendidas como cuidados básicos de saúde,

incluem:

- a) prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes níveis de risco;
- b) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;
- c) assistir ao parto;
- d) assistir ao puerpério;
- e) fornecer cuidados ao recém-nascido normal e executar práticas de reanimação;
- f) atender e acompanhar a evolução de uma criança normal;
- g) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na idade adulta;
- h) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância e adolescência;
- i) reconhecer e fornecer os primeiros cuidados a afecções graves e urgentes;
- j) examinar e constatar anormalidades em abreuografias, raios-x simples, bem como em exames laboratoriais relacionados com complexidade de sua atividade clínica;
- l) lidar com distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;
- m) diagnosticar patologia cirúrgica frequente e indicar corretamente a execução de internação cirúrgica;
- n) executar pequenas cirurgias;
- o) encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- p) orientar o pré e o pós – operatório das intervenções mais simples;
- q) diagnosticar e tratar os problemas referentes à saúde ocupacional, referindo-se às condições de trabalho e à legislação sobre acidentes e sugerindo, quando necessário, programas para manutenção de saúde do trabalhador.

§ 2.º As atividades de administração e planejamento incluem:

- a) apoio à chefia da unidade em questão de gerência;
- b) programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir metas propostas;
- c) montagem e operação do sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto à eficácia, eficiência e efetividade;
- d) orientação da organização e funcionamento de um arquivo médico da unidade;
- e) realização de investigações operacionais como estudos de demanda, estudos de setores

específicos da unidade, etc., visando melhoria no funcionamento do mesmo e sua adequação às necessidades de saúde da população a que serve;

f) orientação dos programas de treinamento de pessoal de vários níveis, de acordo com as necessidades da unidade.

§ 3.º As atividades na área de epidemiologia incluem:

a) implementação, controle e avaliação do Programa de Imunização do Posto, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;

a) orientação das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade, conforme normas específicas da Instituição;

c) direção das operações acima referidas realizando notificação de doenças, inquéritos e estudos especiais; notificação de laboratórios públicos e particulares; atestados de óbitos; notificações de outras instituições de saúde, escolas, indústrias, hospitais, investigação de epidemias anteriores; cálculos de incidência e distribuição de morbidade, mortalidade e letalidade; determinação da situação epidêmica, recomendação e implementação de soluções.

Art. 6.º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de junho de 1981.

Tarcísio Guido Della Senta – Secretário de Ensino Superior – Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica.

(Publicada no D O U de 17/06/81, Seção I, página 11436).

ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CNRM 02/2005

Deste anexo consta a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica, vigente para programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Por ser extensa, a resolução não foi transcrita na íntegra, somente o trecho que se refere à Medicina de Família e Comunidade.

29 – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - R1 e R2

O Programa de Residência Médica (PRM) na área de Medicina de Família e Comunidade tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de autoaprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas por meio dos seguintes meios e formas:

- atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer – um mínimo de 10% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e/ou urbanas; centros de saúde ou unidades mistas de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência – um mínimo de 50% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades ou especializados – um mínimo de 10% da carga horária total.

As atividades a que se referem os itens acima incluem os cuidados médico individuais, familiares e comunitários.

As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades para:

1. Em nível individual:

- a) Implementar ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso;
- b) Identificar as fases evolutivas e assistir aos transtornos adaptativos da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice;
- c) Prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;
- d) Assistir ao parto e ao puerpério normais;
- e) Diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;
- f) Proporcionar cuidados ao recém-nascido normal e realizar puericultura;
- g) Diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice;
- h) Reconhecer e proporcionar os primeiros cuidados às afecções graves e urgentes;
- i) Examinar e constatar anormalidades em exames complementares e de apoio ao diagnóstico relacionado com a complexidade de sua atividade clínica;
- j) Diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;
- k) Diagnosticar patologia cirúrgica frequente e encaminhar à sua resolução;
- l) Executar cirurgia ambulatorial de pequeno porte;
- m) Encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- n) Orientar o pré e o pós-operatórios das intervenções mais simples;
- o) Diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde do trabalhador, encaminhando para a assistência especializada sempre que se fizer necessário.

2. Em nível familiar e coletivo:

- a) Conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;
- b) Reconhecer e assistir, quando necessário, as crises familiares, evolutivas e não evolutivas;
- c) Reconhecer e assistir as disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;

- d) Conhecer e utilizar as técnicas de dinâmica de grupo;
- e) Conhecer e promover ações de educação em saúde, bem como participar de ações em parceria com a comunidade, buscando desenvolvimento simultâneo e mútuo;
- f) Identificar os problemas e as necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis, e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;
- g) Desenvolver ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar;
- h) Realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares.

As atividades de administração e planejamento incluem habilidades para:

- a) Chefiar ou apoiar a chefia da unidade em questão de gerência;
- b) Realizar programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir o atingimento de metas propostas;
- c) Montar e operar sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto a eficácia, a eficiência e a efetividade;
- d) Orientar a organização e o funcionamento de arquivo médico da unidade;
- e) Montar, orientar e avaliar sistema de referência e contrarreferência dentro e fora da unidade, visando promover a complementaridade da atenção médica sanitária;
- f) Atuar intersetorialmente, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações, sempre que se fizer necessário.

As atividades na área do ensino e pesquisa incluem habilidades para:

- a) Promover estudos de incidência e prevalência de morbimortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade;
- b) Participar da realização de investigações operacionais como estudos de demanda e estudos de setores específicos da unidade, visando à melhoria no funcionamento e a adequação às necessidades de saúde da população a que serve;
- c) Desenvolver e implementar novas tecnologias na assistência e atenção no âmbito da medicina geral, de família e da comunidade, baseadas no paradigma biopsicossocial;
- d) Participar da implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;
- e) Participar das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade,

acionando o sistema de vigilância epidemiológica sempre que necessário; desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde;

f) Promover o autoaprendizado e a atualização de conhecimentos na área da medicina geral, familiar e comunitária.

ANEXO 4 - EXTRATOS DAS RESOLUÇÕES CNE 04/2001 E CNRM 02/2005

O quadro a seguir é composto de extratos de texto de duas resoluções do Ministério da Educação (MEC), emanadas por órgãos distintos desse ministério, e de conteúdo semelhante em relação ao perfil do médico formado: a Resolução CNRM 02/2005 trata da residência médica, e dela foram extraídos dados sobre o perfil desejado dos médicos egressos das residências em medicina de família e comunidade. A Resolução CNE/CES 04/2001 trata das diretrizes curriculares para graduação em medicina, e dela foram extraídos dados sobre o perfil desejado dos médicos formados em graduação.

Atributos previstos para MFC (Resolução CNRM 02/2005)	Atributos previstos para os médicos (Resolução CNE/CES 04/2001)
Abordagem biopsicossocial	Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica [...]
Saúde-adoecimento como processo	Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença [...] Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção.
Integração de ações de promoção, proteção, recuperação e educação em saúde	Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo [...] Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e na reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte. [...]
Integração dos níveis individual e coletivo	[...] tanto em nível individual quanto coletivo [...] (veja acima)
Prática médica centrada na pessoa e não na doença	[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos [...] com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano
Continuidade - longitudinalidade	Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como

	conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
Função de filtro (resolução de 85% dos problemas de saúde)	Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica.
Atuação em todas as idades	Idem
Atividades de planejamento, execução e avaliação de programas de saúde	Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico.
Utilização do método epidemiológico	Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
Estímulo à autonomia e participação	[...] sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos [...] Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.
Nos níveis individual, familiar e comunitário	Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade [...]
Pesquisa - desenvolvimento de tecnologias em APS	[...] conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos.
Habilidades docentes e de educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais.
Postura crítica em relação à própria atividade médica	[...] sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade [...] Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos [...]